Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Embarazo ectópico tubárico con diagnóstico tardío

Trabajo Académico presentado por:

Alferez Ponce, Rossalyn Lorena

ORCID: 0009-0006-6912-3465

para optar el Título de Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Asesor (a):

Mg. Rodriguez Meza, Giovanna Rocio

ORCID: 0009-0005-3896-2840

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTETRICO

SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 29 de Mayo del 2026

Dictamen: 018821-C-EPOYP-2026

Visto el borrador del expediente 018821, presentado por:

2021970222 - ALFEREZ PONCE ROSSALYN LORENA

Titulado:

EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO CON DIAGNÓSTICO TARDÍO

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

29374447 - FERNANDEZ VASQUEZ ARMIDA ANGELITA
DICTAMINADOR

29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH
DICTAMINADOR

29677873 - HERRERA CARDENAS MARCOS ERVETH
DICTAMINADOR

Embarazo ectópico tubárico con diagnóstico tardío

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%	16%	4%	9%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	3%
2	Submitted to Universidad Tecnológica Indoamerica Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	www.scribd.com Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Integración ABbL Trabajo del estudiante	1%
7	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
8	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
9	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1%
10	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	<1%
11	1library.co Fuente de Internet	<1%

Dedicatoria

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este, me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos

Agradecimientos

Mi agradecimiento a mi hija, a mi esposo, mi familia, amigas, colegas me guiaron y me dieron todo su apoyo para realizar esta investigación.

Epígrafe

"La detección temprana y el manejo oportuno de las complicaciones del embarazo, como el embarazo ectópico, son esenciales para reducir la morbilidad y mortalidad materna ".

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018

RESUMEN

Objetivo: Analizar un caso clínico de embarazo ectópico tubárico para identificar las principales lecciones clínicas y diagnósticas, así como evaluar el manejo instaurado.

Metodología: Se realizó la revisión de la historia clínica.

Resultados: Paciente de 29 años, nulípara, que inició con dolor abdominal y amenorrea, siendo evaluada inicialmente en diferentes establecimientos de salud bajo la sospecha de aborto incompleto. Durante aproximadamente 22 días recibió múltiples evaluaciones ecográficas, tratamiento con misoprostol y aspiración manual endouterina (AMEU), sin confirmación de la localización gestacional. Posteriormente acudió al hospital por recomendación tras una evaluación ginecológica particular, donde mediante evaluación clínica, determinación de β-hCG y ecografía transvaginal se identificó una masa anexial izquierda compatible con embarazo ectópico tubárico. Finalmente, se confirmó el diagnóstico y se realizó tratamiento quirúrgico mediante minilaparotomía exploratoria y salpingectomía izquierda.

Conclusiones:

El caso clínico evidenció que el diagnóstico tardío del embarazo ectópico tubárico estuvo asociado a deficiencias en la correlación clínica, ecográfica y laboratorial, retrasando el tratamiento definitivo y exponiendo a la paciente a procedimientos innecesarios. Asimismo, se identificó la importancia de mantener alta sospecha diagnóstica ante dolor abdominal y sangrado vaginal en el primer trimestre. El manejo realizado en el hospital de referencia permitió establecer oportunamente el diagnóstico e instaurar tratamiento quirúrgico adecuado conforme a las recomendaciones normatizadas, resaltando además la necesidad de considerar la preservación de la salud reproductiva y el seguimiento integral de la paciente.

Palabra clave: Embarazo ectópico, diagnóstico precoz.

ABSTRACT

Objective: To analyze a clinical case of tubal ectopic pregnancy to identify the main clinical and diagnostic lessons, as well as to evaluate the management implemented.

Methodology: A review of the medical records was conducted.

Results: A 29 year old nulliparous patient presented with abdominal pain and amenorrhea. She was initially evaluated at various healthcare facilities under suspicion of incomplete abortion. For approximately 22 days, she underwent multiple ultrasound examinations, misoprostol treatment, and manual vacuum aspiration (MVA), without confirmation of gestational location. She subsequently sought care at the hospital following a private gynecological evaluation. Clinical assessment, β-hCG measurement, and transvaginal ultrasound revealed a left adnexal mass consistent with a tubal ectopic pregnancy. The diagnosis was confirmed, and surgical treatment was performed via exploratory minilaparotomy and left salpingectomy.

Conclusions: The clinical case demonstrated that delayed diagnosis of tubal ectopic pregnancy was associated with deficiencies in clinical, ultrasound, and laboratory correlation, delaying definitive treatment and exposing the patient to unnecessary procedures. It also highlighted the importance of maintaining a high index of suspicion for ectopic pregnancy in cases of abdominal pain and vaginal bleeding during the first trimester. The management implemented at the referral hospital allowed for timely diagnosis and appropriate surgical treatment in accordance with standardized recommendations, further emphasizing the need to prioritize reproductive health preservation and comprehensive patient follow-up.

Keywords: Ectopic pregnancy, early diagnosis.

ÍNDICE

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTOS
EPÍGRAFE
RESUMEN
ABSTRACT
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I 3
MARCO TEÓRICO 3
1. MARCO CONCEPTUAL 4
1.1 Embarazo ectópico 4
1.1.1 Concepto y generalidades 4
1.1.2 Epidemiología 7
1.1.3 Etiología y factores de riesgo 9
1.1.4 Fisiopatología 12
1.1.5 Cuadro clínico 13
1.1.6 Diagnóstico 15
1.1.7 Tratamiento 22
1.1.8 Complicaciones y pronóstico 30
CAPÍTULO II 38
METODOLOGÍA 38
1. Caso clínico 39
2. Embarazo actual 46
2.1 Examen clínico 47
2.2 Examen clínico general 47
2.3 Examen preferencial 48
2.4 Impresión diagnóstica 48
2.5 Plan de trabajo 48
CAPÍTULO III 50
DISCUSIÓN 50
3.1 Análisis de caso 51
CONCLUSIONES 56

RECOMENDACIONES 57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 58

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Ecografía ginecológica 65
Anexo 2: Imagen de ecografía ginecológica 66
Anexo 3: Cuadro resumen de resultados de exámenes solicitados 67

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico constituye una de las principales emergencias dentro del alto riesgo obstétrico, ya que representa una causa importante de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre (1). Se define como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial, siendo la trompa de Falopio, en especial el segmento ampular, el sitio más afectado (2).

A nivel mundial, su incidencia se sitúa entre 1 y 2% de todos los embarazos (3), aunque puede ser mayor en contextos con antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, uso de dispositivos intrauterinos o tratamientos de fertilidad (4). En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Social de Salud (EsSalud) reconocen al embarazo ectópico como un evento obstétrico de prioridad en la vigilancia del riesgo materno, debido a su evolución rápida hacia cuadros de hemoperitoneo, shock hipovolémico y muerte materna cuando no se identifica de manera temprana (5,6).

Según el Informe de Morbilidad Materna de EsSalud (2022), aproximadamente el 3,8% de las emergencias ginecobstétricas atendidas en hospitales de referencia nacional correspondieron a embarazos ectópicos, siendo más frecuentes en mujeres entre 25 y 35 años (6). Además, se reporta que el 67% de los casos diagnosticados en EsSalud se identifican en fase de ruptura tubárica, lo que demuestra la necesidad de fortalecer la detección temprana en los servicios de emergencia y ecografía (6).

Los factores de riesgo más frecuentes incluyen antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía tubárica o pélvica, uso prolongado de DIU, fertilización asistida, tabaquismo, y antecedentes de embarazo ectópico (7). No obstante, entre un 25 a 30% de los casos ocurren en mujeres sin factores predisponentes aparentes, lo que resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica frente a dolor abdominal bajo, sangrado vaginal irregular y amenorrea (8).

El diagnóstico oportuno combina la cuantificación seriada de gonadotropina coriónica humana (β-hCG) y la ecografía transvaginal, lo que permite diferenciarlo de un embarazo intrauterino incipiente o de un aborto incompleto (9). En EsSalud, las guías de manejo obstétrico institucionales promueven el uso de criterios clínicos y ecográficos tempranos, priorizando la conservación de la fertilidad cuando es posible (10).

El tratamiento depende del estado clínico de la paciente: puede ser médico, mediante metotrexato en dosis única o múltiple, o quirúrgico, mediante salpingectomía o

salpingostomía según la extensión de la lesión y el deseo reproductivo (11). La decisión terapéutica debe centrarse en garantizar la estabilidad hemodinámica y prevenir complicaciones mayores.

Por su impacto en la salud materna y reproductiva, el embarazo ectópico representa un indicador crítico dentro de los programas de vigilancia de alto riesgo obstétrico en EsSalud y el MINSA (12). El presente caso clínico expone la atención integral de una paciente atendida en un hospital de EsSalud con diagnóstico de embarazo ectópico, destacando la importancia del diagnóstico precoz, la intervención oportuna y el manejo interdisciplinario como estrategias para preservar la vida y la función reproductiva.

El presente trabajo académico está organizado de la siguiente manera:

Capítulo I: Revisión del Marco Conceptual-

Capítulo II: Marco Metodológico, donde se plasmará la Historia Clínica.

Capítulo III: Comprende la discusión del caso clínico, las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. MARCO CONCEPTUAL

El presente trabajo académico tiene como objetivo analizar un caso clínico de embarazo ectópico tubárico para identificar las principales lecciones clínicas y diagnósticas, así como evaluar el manejo instaurado, con el fin de contribuir a la detección temprana y al abordaje oportuno de esta patología en la práctica obstétrica.

1.1 Embarazo ectópico

1.1.1 Concepto y generalidades

El embarazo ectópico constituye una de las patologías más importantes dentro de las emergencias ginecobstétricas debido a las complicaciones maternas que puede ocasionar cuando no es diagnosticado y tratado oportunamente. Se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial uterina, situación que imposibilita el desarrollo normal de la gestación y compromete seriamente la salud de la mujer (13). La palabra "ectópico" deriva del término griego ektopos, cuyo significado es "fuera de lugar", haciendo referencia a la implantación anormal del blastocisto en estructuras anatómicas incapaces de sostener adecuadamente el crecimiento embrionario y placentario (14). Esta alteración representa una condición patológica que requiere intervención médica inmediata debido al riesgo de hemorragia interna y shock hipovolémico (13).

Desde el punto de vista fisiológico, la fecundación suele producirse en la porción ampular de la trompa de Falopio. Posteriormente, el cigoto inicia su desplazamiento hacia la cavidad uterina gracias a la acción coordinada de los cilios tubáricos y de las contracciones peristálticas de la musculatura de la trompa. Cualquier alteración estructural o funcional que interfiera con este mecanismo de transporte puede favorecer la implantación prematura del embrión antes de alcanzar el útero. Entre las principales causas se encuentran los procesos inflamatorios tubáricos, adherencias secundarias a infecciones pélvicas, antecedentes quirúrgicos y trastornos funcionales de la motilidad tubárica (15).

La localización más frecuente del embarazo ectópico corresponde a la trompa de Falopio, específicamente en la región ampular, donde ocurre aproximadamente el 95 % de los casos reportados. No obstante, también puede implantarse en otras estructuras anatómicas como el ovario, el cuello uterino, la cicatriz de cesárea o la cavidad abdominal, aunque estas formas son considerablemente menos frecuentes y suelen asociarse a mayor

complejidad diagnóstica y terapéutica (15). Las formas no tubáricas representan un desafío clínico debido a su baja incidencia y a la posibilidad de presentaciones atípica (14).

Clínicamente, el embarazo ectópico es considerado una emergencia obstétrica durante el primer trimestre de gestación. Su importancia radica en que constituye una de las principales causas de mortalidad materna temprana relacionada con el embarazo, especialmente cuando ocurre ruptura tubárica y hemorragia intraperitoneal masiva. La sintomatología puede variar desde cuadros leves e inespecíficos hasta manifestaciones graves caracterizadas por dolor abdominal intenso, sangrado vaginal y signos de shock. En muchos casos, el diagnóstico precoz resulta complejo debido a que los síntomas iniciales pueden confundirse con otras patologías ginecológicas, como el aborto incompleto o las infecciones pélvicas (15).

En la actualidad, el diagnóstico oportuno depende fundamentalmente de la combinación entre la sospecha clínica, la cuantificación sérica de la hormona β-hCG y la ecografía transvaginal. La medición seriada de β-hCG permite evaluar la evolución del embarazo y detectar alteraciones en el patrón esperado de crecimiento hormonal, mientras que la ecografía transvaginal posibilita identificar la ausencia de saco gestacional intrauterino y evidenciar masas anexiales compatibles con embarazo ectópico (16). Estas herramientas diagnósticas han contribuido significativamente a reducir la mortalidad materna, ya que permiten instaurar tratamientos conservadores antes de que ocurra la ruptura tubárica (14).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al embarazo ectópico como un indicador importante de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, debido a que su detección temprana depende del acceso oportuno a pruebas diagnósticas especializadas y atención médica calificada. En países en vías de desarrollo, la incidencia de complicaciones continúa siendo elevada debido a las limitaciones en el acceso a ecografía transvaginal, laboratorios especializados y servicios ginecobstétricas de emergencia. Asimismo, el retraso en la búsqueda de atención médica por parte de las pacientes constituye un factor determinante en la evolución desfavorable de muchos casos (16).

En el Perú, el embarazo ectópico es catalogado por el Ministerio de Salud (MINSA) y por el Seguro Social de Salud (EsSalud) como una emergencia obstétrica de alto riesgo que requiere atención inmediata y seguimiento especializado. Ambas instituciones

recomiendan su vigilancia permanente debido al impacto que tiene sobre la morbilidad y mortalidad materna. Según reportes nacionales, la mayor frecuencia de casos se presenta en mujeres entre los 25 y 35 años, particularmente en aquellas con antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, cirugías ginecológicas previas o uso prolongado de dispositivos intrauterinos (15). Estos factores predisponentes alteran la anatomía y funcionalidad tubárica, incrementando el riesgo de implantación ectópica.

Además de las complicaciones físicas, el embarazo ectópico produce importantes repercusiones psicológicas y sociales. Muchas mujeres experimentan sentimientos de pérdida gestacional, ansiedad, temor a la infertilidad y preocupación por la recurrencia en futuros embarazos. Estas consecuencias pueden afectar significativamente la calidad de vida y el bienestar emocional de la paciente, especialmente cuando el tratamiento implica procedimientos quirúrgicos radicales como la salpingectomía. Por tal motivo, actualmente se promueve un enfoque integral de atención que incluya apoyo psicológico, consejería reproductiva y orientación en planificación familiar posterior al evento obstétrico (16).

De igual manera, el manejo terapéutico del embarazo ectópico ha evolucionado considerablemente en las últimas décadas. Dependiendo de las condiciones clínicas de la paciente, el tamaño de la masa ectópica y los niveles de β-hCG, puede optarse por manejo expectante, tratamiento médico con metotrexato o intervención quirúrgica. El uso de metotrexato ha permitido preservar la fertilidad en numerosos casos diagnosticados tempranamente, evitando procedimientos invasivos y disminuyendo las complicaciones asociadas (14). Sin embargo, la elección terapéutica debe individualizarse y realizarse bajo estricta vigilancia clínica y laboratorial.

En síntesis, el embarazo ectópico representa una patología multifactorial de elevada relevancia en salud pública debido a su potencial letalidad y a las repercusiones físicas, emocionales y reproductivas que ocasiona en la mujer. Su aparición está relacionada con alteraciones anatómicas, infecciosas y funcionales que interfieren con el transporte normal del embrión hacia el útero. Por ello, el diagnóstico temprano mediante ecografía transvaginal y β-hCG sérica, así como el tratamiento oportuno y el seguimiento integral, constituyen estrategias fundamentales para reducir la mortalidad materna y preservar la salud reproductiva femenina (14).

1.1.2 Epidemiología

El embarazo ectópico constituye un importante problema de salud pública debido a su frecuencia, las complicaciones que genera y el impacto que produce sobre la morbilidad y mortalidad materna. A nivel mundial, se estima que representa entre el 1 % y el 2 % de todos los embarazos clínicamente diagnosticados, aunque esta proporción puede variar de acuerdo con las características demográficas, el acceso a los servicios de salud y la disponibilidad de métodos diagnósticos oportunos (16). En las últimas décadas se ha observado un incremento relativo en la incidencia reportada, fenómeno atribuido principalmente al mayor uso de técnicas de reproducción asistida, al aumento de infecciones de transmisión sexual y al desarrollo de métodos diagnósticos más sensibles, como la ecografía transvaginal y la determinación cuantitativa de β-hCG sérica (16).

En los países desarrollados, la incidencia oscila entre 10 y 20 casos por cada 1,000 gestaciones, mostrando una tendencia relativamente estable gracias a la implementación de programas preventivos dirigidos al control de infecciones pélvicas y a la ampliación de la cobertura en salud sexual y reproductiva. Asimismo, el acceso temprano a la atención médica permite identificar la mayoría de los casos antes de que ocurran complicaciones graves, favoreciendo tratamientos conservadores y reduciendo la mortalidad materna asociada (17). No obstante, en países de ingresos medios y bajos, el embarazo ectópico continúa representando una causa importante de emergencia obstétrica debido al diagnóstico tardío y a las limitaciones en infraestructura y recursos especializados (16).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce al embarazo ectópico como una de las principales causas de mortalidad materna durante el primer trimestre de gestación, especialmente en contextos donde el acceso a servicios de emergencia obstétrica es limitado. Según estimaciones internacionales, entre el 4 % y el 10 % de las muertes maternas tempranas guardan relación con esta patología, principalmente por complicaciones hemorrágicas derivadas de la ruptura tubárica (18). En este sentido, la detección precoz y el manejo oportuno constituyen indicadores fundamentales de calidad de atención en los sistemas de salud (16).

Desde el punto de vista epidemiológico, la edad materna representa uno de los factores más relevantes asociados al incremento del riesgo de embarazo ectópico. Diversos estudios han demostrado que la incidencia aumenta progresivamente a partir de los 30 años, alcanzando

mayor prevalencia entre los 35 y 40 años. Esta asociación podría explicarse por la mayor exposición acumulativa a infecciones pélvicas, cirugías ginecológicas, tratamientos de fertilidad y alteraciones funcionales de las trompas de Falopio (16). Asimismo, las mujeres con antecedente de embarazo ectópico previo presentan un riesgo considerablemente elevado de recurrencia en futuras gestaciones (15).

En América Latina, el comportamiento epidemiológico del embarazo ectópico mantiene características similares a las observadas en otras regiones en desarrollo. Factores como el acceso desigual a servicios especializados, las brechas en educación sexual y reproductiva y el diagnóstico tardío continúan condicionando la elevada frecuencia de casos complicados. En este contexto, el Perú no es ajeno a esta problemática. De acuerdo con reportes emitidos por el Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Social de Salud (EsSalud), el embarazo ectópico continúa siendo una de las principales causas de hospitalización ginecobstétrica durante el primer trimestre (17).

Según el Informe Técnico de Vigilancia Materna de EsSalud correspondiente al año 2023, la tasa de embarazo ectópico alcanzó aproximadamente 1.6 casos por cada 100 embarazos atendidos, predominando en mujeres de entre 25 y 34 años. La localización tubárica representó la forma más frecuente de presentación, siendo la región ampular el segmento anatómico más comprometido (17). Estos hallazgos coinciden con la literatura internacional, la cual señala que la trompa de Falopio constituye el principal sitio de implantación ectópica debido a alteraciones en el transporte embrionario (15).

El incremento progresivo de la edad reproductiva femenina, las infecciones pélvicas no tratadas oportunamente y determinados hábitos de automedicación relacionados con anticonceptivos hormonales son factores que podrían explicar el aumento de casos observados en zonas urbanas del país (16). De igual manera, el antecedente de procedimientos quirúrgicos ginecológicos y el uso de técnicas de reproducción asistida también han sido identificados como factores asociados al incremento del riesgo. En contraste, en áreas rurales, la limitada disponibilidad de servicios especializados y de ecografía temprana condiciona una menor capacidad diagnóstica, lo que favorece el subregistro y la identificación tardía de casos complicados (18).

Otro aspecto epidemiológico importante es la relación entre embarazo ectópico y enfermedad inflamatoria pélvica. Las infecciones causadas por microorganismos como

Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae generan daño estructural en las trompas de Falopio, alterando el transporte normal del embrión y favoreciendo la implantación ectópica. Esta situación adquiere especial relevancia en poblaciones con acceso limitado a programas preventivos y control ginecológico periódico (17).

En conjunto, la evidencia epidemiológica demuestra que el embarazo ectópico continúa siendo una condición de elevada relevancia clínica y sanitaria, cuya frecuencia y gravedad dependen de múltiples factores biológicos, sociales y asistenciales. Las diferencias observadas entre países y regiones reflejan desigualdades en el acceso al diagnóstico temprano y a los servicios especializados de salud reproductiva. Por ello, resulta fundamental fortalecer las estrategias de prevención, mejorar la cobertura de atención ginecobstétrica y garantizar el acceso oportuno a herramientas diagnósticas que permitan disminuir la morbimortalidad materna asociada a esta patología (16).

1.1.3 Etiología y factores de riesgo

El embarazo ectópico es una patología de origen multifactorial en la que intervienen diversos factores anatómicos, infecciosos, hormonales, conductuales e iatrogénicos. Su desarrollo ocurre principalmente cuando el transporte normal del óvulo fecundado hacia la cavidad uterina se altera, favoreciendo la implantación del blastocisto en localizaciones extrauterinas, especialmente en la trompa de Falopio (19). Estas alteraciones pueden deberse tanto a daños estructurales como a trastornos funcionales que comprometen la motilidad tubárica y la adecuada migración embrionaria (10,17).

Entre los factores etiológicos más importantes se encuentra la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), considerada uno de los principales antecedentes asociados al embarazo ectópico. Las infecciones producidas por microorganismos como ***Chlamydia trachomatis*** y ***Neisseria gonorrhoeae*** generan inflamación de la mucosa tubárica, destrucción del epitelio ciliado y formación de adherencias, alterando significativamente el transporte del embrión hacia el útero. Como consecuencia, el blastocisto puede quedar retenido e implantarse de manera precoz en la trompa. Diversos estudios epidemiológicos señalan que un porcentaje importante de mujeres con embarazo ectópico presenta antecedentes de infecciones genitales o cuadros previos de enfermedad inflamatoria pélvica, lo cual evidencia la estrecha relación causal entre ambas condiciones (18).

Las intervenciones quirúrgicas pélvicas y tubáricas también representan un factor de riesgo relevante. Procedimientos como salpingoplastias, ligaduras tubáricas, cesáreas repetidas o cirugías por endometriosis pueden modificar la anatomía de las trompas de Falopio, ocasionando fibrosis, adherencias y estrechamiento del lumen tubárico. Estas alteraciones dificultan el desplazamiento fisiológico del cigoto y favorecen su implantación ectópica. Asimismo, las mujeres sometidas a procedimientos de recanalización tubárica o tratamientos de fertilidad presentan un riesgo significativamente mayor en comparación con la población general, debido a las modificaciones anatómicas y funcionales producidas en las trompas (17,19).

Otro factor asociado es el uso prolongado de dispositivos intrauterinos (DIU). Aunque estos métodos anticonceptivos poseen elevada eficacia para prevenir la gestación intrauterina, no impiden completamente la fecundación. Por ello, en los pocos casos en que ocurre embarazo durante el uso del DIU, existe una mayor probabilidad relativa de implantación ectópica. Sin embargo, es importante señalar que el riesgo absoluto continúa siendo bajo debido a la alta efectividad anticonceptiva global de este método (15,18). A pesar de ello, el antecedente de uso prolongado de DIU debe considerarse dentro de la evaluación clínica de pacientes con sospecha de embarazo ectópico.

Los factores hormonales también desempeñan un papel importante en la fisiopatología de esta entidad. La progesterona, hormona esencial durante el embarazo, puede disminuir la contractilidad de las trompas de Falopio y retardar el tránsito del óvulo fecundado cuando se encuentra en concentraciones elevadas. Este retraso favorece la implantación temprana del blastocisto antes de alcanzar la cavidad uterina. Además, ciertas alteraciones congénitas de las trompas, como divertículos o duplicaciones tubáricas, pueden actuar como sitios predisponentes para la implantación anómala del embrión (20).

El tabaquismo constituye otro factor de riesgo ampliamente reconocido. Las sustancias tóxicas presentes en el humo del tabaco, especialmente la nicotina, afectan directamente la actividad ciliar del epitelio tubárico y alteran la microcirculación sanguínea de la mucosa. Estas modificaciones interfieren con el transporte embrionario normal y aumentan la probabilidad de implantación ectópica. Estudios epidemiológicos han demostrado que las mujeres fumadoras presentan un riesgo considerablemente mayor de desarrollar embarazo ectópico en comparación con las no fumadoras, observándose una relación proporcional entre el consumo de cigarrillos y el incremento del riesgo (20).

Desde el punto de vista demográfico, la edad materna avanzada constituye un importante predictor epidemiológico. Las mujeres mayores de 35 años presentan mayor probabilidad de embarazo ectópico debido a la exposición acumulativa a infecciones, cirugías pélvicas y alteraciones funcionales relacionadas con el envejecimiento reproductivo. De igual manera, el antecedente de embarazo ectópico previo representa uno de los factores de riesgo más significativos, ya que la recurrencia puede alcanzar porcentajes elevados dependiendo del estado funcional de las trompas y del tratamiento recibido anteriormente (21). Este riesgo incrementado obliga a realizar vigilancia estricta en embarazos posteriores.

En los últimos años, las técnicas de reproducción asistida han adquirido relevancia dentro de los factores asociados al embarazo ectópico. Procedimientos como la fertilización in vitro y la transferencia embrionaria pueden incrementar la posibilidad de implantaciones anómalas debido a alteraciones previas de las trompas o a modificaciones en el proceso de implantación. Asimismo, se ha observado un aumento en los casos de embarazo heterotópico, condición en la que coexisten simultáneamente una gestación intrauterina y otra ectópica, situación poco frecuente, pero de gran complejidad diagnóstica y terapéutica (21).

Otros factores descritos incluyen antecedentes de infertilidad, endometriosis, múltiples parejas sexuales y exposición repetida a infecciones genitales. Todos ellos pueden generar alteraciones anatómicas o funcionales de las trompas de Falopio, incrementando la susceptibilidad a la implantación ectópica. La interacción entre estos factores explica el carácter multifactorial de esta patología y la variabilidad de presentación entre las pacientes (19).

En síntesis, el embarazo ectópico es el resultado de múltiples factores interrelacionados que afectan el transporte normal del embrión hacia el útero. La identificación oportuna de estos factores de riesgo resulta fundamental para establecer estrategias preventivas, mejorar el diagnóstico precoz y reducir las complicaciones maternas asociadas. En este contexto, la educación sanitaria, el control adecuado de las infecciones de transmisión sexual y el acceso oportuno a servicios especializados de salud reproductiva constituyen pilares esenciales para disminuir la incidencia y morbimortalidad vinculadas al embarazo ectópico (17,20).

1.1.4 Fisiopatología

El embarazo ectópico se origina cuando el blastocisto se implanta en un sitio extrauterino debido a un fallo en los mecanismos fisiológicos que regulan el transporte del óvulo fecundado hacia la cavidad endometrial. En condiciones normales, el desplazamiento del cigoto ocurre a través de la trompa de Falopio, impulsado por la acción coordinada de los cilios epiteliales y las contracciones musculares peristálticas. Este trayecto suele completarse entre tres y cinco días después de la ovulación (21).

Cuando existe una disminución en la actividad ciliar o una alteración en la motilidad tubárica, el embrión puede permanecer más tiempo del debido en la trompa y anclarse en su mucosa. El trofoblasto, al entrar en contacto con el epitelio tubárico, invade el tejido circundante en busca de irrigación, generando un proceso inflamatorio y destructivo que caracteriza la implantación ectópica. Este proceso es similar al de la implantación uterina, pero en un entorno anatómicamente inadecuado y con una vascularización frágil (18,20).

La trompa de Falopio, particularmente su segmento ampular, es el sitio más frecuente de implantación (alrededor del 70%–80% de los casos). En esta región, la pared es delgada y carece de la estructura endometrial necesaria para sostener el desarrollo embrionario, por lo que la proliferación trofoblástica erosiona rápidamente los vasos sanguíneos, pudiendo producir hemorragia intraperitoneal. En casos no diagnosticados a tiempo, esta evolución conduce a la ruptura tubárica, cuadro clínico que puede desencadenar shock hipovolémico y poner en riesgo la vida materna (22).

El trofoblasto del embarazo ectópico mantiene una actividad secretora de hormona gonadotropina coriónica humana (β-hCG), aunque sus niveles suelen incrementarse más lentamente que en la gestación intrauterina normal. Este patrón subóptimo de aumento hormonal constituye un marcador bioquímico útil en el diagnóstico precoz (23).

En el caso de las implantaciones ováricas o abdominales, el mecanismo fisiopatológico difiere. En la forma ovárica, se cree que el óvulo se implanta directamente en la superficie del ovario tras la ovulación. En la forma abdominal, la implantación ocurre sobre el peritoneo o en órganos intraabdominales, probablemente por una fecundación aberrante fuera de la trompa o tras la rotura de un embarazo tubárico previo con reimplantación secundaria (22).

A nivel histológico, se observa una proliferación trofoblástica invasiva sin desarrollo de decidua, lo que impide limitar el crecimiento del embrión. Este proceso erosivo explica la alta frecuencia de hemorragias y la imposibilidad de que el embarazo avance más allá de las primeras semanas. La persistencia del trofoblasto activo incluso después de la resolución quirúrgica o médica puede dar lugar a un embarazo ectópico persistente, situación que requiere seguimiento mediante determinaciones seriadas de β-hCG (18,23).

En síntesis, la fisiopatología del embarazo ectópico combina mecanismos de implantación normal en un entorno anómalo con una respuesta inflamatoria local que compromete la integridad de las estructuras reproductivas. Su comprensión resulta esencial para interpretar los signos clínicos y orientar el manejo oportuno, reduciendo así la morbimortalidad asociada (22).

1.1.5 Cuadro clínico

El cuadro clínico del embarazo ectópico varía de acuerdo con la localización de la implantación, el tiempo de evolución del embarazo y el grado de compromiso anatómico de las estructuras involucradas. A diferencia de la gestación intrauterina normal, en la cual el endometrio ofrece condiciones adecuadas para el crecimiento embrionario, en el embarazo ectópico las estructuras extrauterinas no poseen la capacidad funcional ni anatómica necesaria para sostener el desarrollo progresivo del trofoblasto. Como consecuencia, se producen fenómenos de invasión tisular, distensión y sangrado que originan las manifestaciones clínicas características de esta patología (20).

Durante las etapas iniciales, el embarazo ectópico puede cursar de forma asintomática o presentar síntomas inespecíficos similares a los de una gestación normal. Entre las manifestaciones tempranas más frecuentes se encuentran el retraso menstrual, las náuseas, la sensibilidad mamaria y molestias abdominales leves. Debido a esta similitud clínica, muchas pacientes no sospechan la presencia de una alteración y el diagnóstico puede retrasarse hasta la aparición de signos más evidentes. Conforme el tejido trofoblástico invade la pared tubárica y aumenta de tamaño, comienzan a manifestarse síntomas más específicos relacionados con la distensión y el daño local (22).

Clásicamente, el embarazo ectópico se asocia con una tríada clínica conformada por amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal anormal. Esta tríada constituye uno de los principales elementos orientadores del diagnóstico, aunque no siempre se presenta de forma completa. La amenorrea suele corresponder a un retraso menstrual de cuatro a ocho

semanas y representa el antecedente inicial en la mayoría de los casos. Sin embargo, algunas pacientes pueden no reconocerla debido a irregularidades menstruales previas o a la presencia de sangrado vaginal confundido con menstruación (23).

El dolor abdominal es considerado la manifestación clínica más frecuente y relevante. Generalmente se localiza en la región pélvica o en el abdomen inferior y suele presentarse de manera unilateral, dependiendo de la trompa afectada. Su intensidad puede variar desde molestias leves hasta dolor severo y constante. En ciertos casos, el dolor puede irradiarse hacia el hombro derecho como consecuencia de la irritación diafragmática producida por la presencia de sangre en la cavidad peritoneal, fenómeno asociado al hemoperitoneo y a la estimulación del nervio frénico (23). Esta irradiación constituye un signo de alarma sugestivo de sangrado intraperitoneal.

El sangrado vaginal anormal suele ser escaso, irregular y de color oscuro. Este sangrado se produce por la descamación parcial del endometrio debido a niveles hormonales insuficientes para mantener adecuadamente la gestación. A diferencia de la menstruación habitual, suele acompañarse de dolor abdominal y presentar menor cantidad de flujo. En algunos casos, el sangrado puede confundirse con amenaza de aborto o menstruación irregular, dificultando el diagnóstico diferencial en etapas tempranas (22).

Cuando el embarazo ectópico progresa y ocurre ruptura tubárica, el cuadro clínico adquiere características de emergencia médica. La ruptura se produce debido a la incapacidad de la trompa para soportar el crecimiento del tejido trofoblástico, generándose hemorragia intraperitoneal de intensidad variable. Clínicamente, la paciente presenta dolor abdominal súbito e intenso, distensión abdominal y signos de compromiso hemodinámico como palidez, hipotensión arterial, taquicardia, mareos, sudoración fría e incluso pérdida del estado de conciencia. Esta situación puede evolucionar rápidamente hacia shock hipovolémico y muerte materna si no se instaura tratamiento inmediato (20).

Durante la evaluación ginecológica de un embarazo ectópico complicado, es frecuente encontrar dolor a la movilización cervical, sensibilidad anexial y, en algunos casos, aumento de volumen en la región anexial comprometida. La presencia de signos de irritación peritoneal, como defensa muscular y dolor a la descompresión, sugiere hemorragia intrabdominal significativa. Estos hallazgos clínicos deben considerarse de alta sospecha diagnóstica en mujeres en edad fértil con dolor abdominal agudo y antecedente de amenorrea (20).

Existen también formas clínicas menos agresivas, como el embarazo ectópico no roto o crónico. En estos casos, el sangrado tubárico es limitado y el tejido embrionario detiene espontáneamente su desarrollo. Las pacientes pueden presentar dolor pélvico leve y sangrado vaginal persistente de escasa cantidad. Debido a que los síntomas son menos intensos, el diagnóstico suele realizarse mediante estudios complementarios, principalmente ecografía transvaginal y determinación seriada de β-hCG, observándose niveles hormonales que aumentan más lentamente en comparación con una gestación intrauterina normal (19,22).

El examen físico durante las etapas iniciales puede resultar poco específico, razón por la cual las pruebas diagnósticas complementarias adquieren gran importancia. La ecografía transvaginal constituye actualmente el método de imagen de elección, ya que permite identificar la ausencia de saco gestacional intrauterino cuando los niveles de β-hCG deberían hacerlo visible. Asimismo, posibilita detectar masas anexiales, imágenes sugestivas de saco ectópico y líquido libre en el fondo de saco de Douglas, hallazgo frecuentemente asociado a sangrado intraperitoneal (20).

El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico incluye múltiples patologías ginecológicas y abdominales. Entre las principales entidades que deben considerarse se encuentran el aborto incompleto, la amenaza de aborto, los quistes ováricos complicados, la enfermedad inflamatoria pélvica y la apendicitis aguda. Debido a la similitud clínica entre estas patologías, resulta fundamental correlacionar los hallazgos clínicos con los resultados de laboratorio y estudios de imagen para establecer un diagnóstico preciso y oportuno (23).

En síntesis, el embarazo ectópico presenta una amplia variedad de manifestaciones clínicas que pueden ir desde formas asintomáticas hasta cuadros hemorrágicos severos potencialmente mortales. La identificación precoz de síntomas como dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal, junto con el uso adecuado de la ecografía transvaginal y la medición sérica de β-hCG, permite realizar un diagnóstico temprano y disminuir significativamente la morbimortalidad materna asociada a esta patología (20).

1.1.6 Diagnóstico

El diagnóstico precoz es esencial para reducir las complicaciones asociadas y preservar la fertilidad futura de la mujer. Por ello, actualmente se emplea un enfoque integral basado en la correlación entre los hallazgos clínicos, las pruebas bioquímicas y los estudios de

imagen. Ningún método diagnóstico por sí solo es suficiente para confirmar todos los casos; en consecuencia, la combinación de herramientas diagnósticas constituye la estrategia más eficaz para identificar oportunamente una gestación ectópica (21). Desde el punto de vista clínico, la sospecha diagnóstica surge principalmente ante la presencia de amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal en una mujer en edad fértil. Sin embargo, debido a que estos síntomas también pueden observarse en otras entidades como el aborto espontáneo o los quistes ováricos complicados, resulta indispensable complementar la evaluación con estudios de laboratorio e imagenología. La historia clínica detallada y la identificación de factores de riesgo asociados permiten aumentar el nivel de sospecha y orientar el diagnóstico diferencial (22).

a) Evaluación clínica

El proceso diagnóstico del embarazo ectópico se inicia con una anamnesis detallada y un examen físico minucioso, orientados a identificar signos y síntomas sugestivos de gestación extrauterina. La evaluación clínica constituye una etapa fundamental, ya que permite reconocer factores de riesgo y establecer un nivel adecuado de sospecha diagnóstica desde el primer contacto con la paciente. En mujeres en edad reproductiva, la presencia de dolor abdominal bajo, sangrado vaginal irregular y antecedente reciente de amenorrea debe hacer considerar la posibilidad de embarazo ectópico como parte del diagnóstico diferencial, especialmente cuando existen antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugías tubáricas o embarazos ectópicos previos (22).

Durante la anamnesis, es importante investigar la duración de la amenorrea, las características del dolor abdominal, la cantidad y tipo de sangrado vaginal, así como antecedentes ginecobstétricos y quirúrgicos relevantes. El dolor suele describirse como unilateral, localizado en la región pélvica o abdominal inferior, y puede variar desde leve hasta intenso dependiendo del grado de compromiso tubárico. Asimismo, algunas pacientes refieren mareos, debilidad o sensación de desmayo, síntomas que podrían sugerir hemorragia interna secundaria a ruptura tubárica (21).

El examen físico ginecológico aporta hallazgos clínicos importantes para orientar el diagnóstico. A la exploración abdominal puede evidenciarse sensibilidad localizada o signos de irritación peritoneal en casos complicados. Durante el tacto vaginal, es frecuente encontrar dolor a la movilización cervical, sensibilidad anexial o la presencia de una masa anexial dolorosa. Estos hallazgos se relacionan con la distensión de la trompa afectada y la inflamación local producida por la implantación ectópica. En

situaciones avanzadas, la presencia de defensa muscular abdominal, distensión y signos de inestabilidad hemodinámica pueden indicar ruptura tubárica y hemoperitoneo, constituyendo una emergencia obstétrica que requiere intervención inmediata (22).

Aunque los hallazgos clínicos descritos no son exclusivos ni patognomónicos del embarazo ectópico, su reconocimiento oportuno resulta fundamental para decidir la realización de estudios complementarios. La correlación entre los síntomas, los antecedentes de riesgo y el examen físico permite establecer una sospecha diagnóstica temprana y acelerar la confirmación mediante pruebas bioquímicas e imagenológicas, reduciendo así el riesgo de complicaciones maternas graves (11,20).

b) Pruebas bioquímicas

La determinación sérica cuantitativa de la hormona gonadotropina coriónica humana beta (β-hCG) constituye una de las herramientas diagnósticas más importantes en la evaluación del embarazo ectópico. Esta hormona es producida por el trofoblasto desde las primeras etapas de la gestación y permite valorar la evolución temprana del embarazo. Su medición seriada resulta especialmente útil para diferenciar una gestación intrauterina viable de una implantación anómala o de un embarazo no evolutivo (23).

En un embarazo intrauterino normal, los niveles séricos de β-hCG presentan un incremento progresivo y predecible durante las primeras semanas de gestación, duplicándose aproximadamente cada 48 horas. Este patrón refleja el adecuado desarrollo del tejido trofoblástico y la correcta implantación embrionaria en el endometrio uterino. Por el contrario, en el embarazo ectópico, la producción hormonal suele mostrar un comportamiento anormal, caracterizado por incrementos más lentos, irregulares o incluso estancamiento de los valores séricos. Estas alteraciones se deben a la implantación defectuosa del trofoblasto en estructuras incapaces de sostener adecuadamente el desarrollo gestacional (23).

La interpretación de los valores de β-hCG debe realizarse siempre en conjunto con los hallazgos clínicos y ecográficos. En este contexto, adquiere gran importancia el concepto de “zona discriminatoria”, que corresponde al nivel sérico de β-hCG a partir del cual debería visualizarse un saco gestacional intrauterino mediante ecografía transvaginal. Generalmente, esta zona se sitúa entre 1,500 y 2,000 mUI/mL, aunque puede variar ligeramente según el equipo ecográfico y los criterios institucionales utilizados (18,22).

Cuando los niveles de β-hCG superan la zona discriminatoria y no se logra identificar una gestación intrauterina en la ecografía transvaginal, aumenta considerablemente la sospecha de embarazo ectópico. Esta situación obliga a realizar vigilancia estrecha y seguimiento seriado mediante nuevas determinaciones hormonales y controles ecográficos. Asimismo, valores persistentemente anormales o con ascenso insuficiente refuerzan la probabilidad diagnóstica de implantación extrauterina o de embarazo no viable (23).

La medición seriada de β-hCG también cumple un papel importante durante el seguimiento terapéutico del embarazo ectópico, especialmente en pacientes manejadas con tratamiento médico mediante metotrexato o conducta expectante. La disminución progresiva de los niveles hormonales indica resolución del tejido trofoblástico, mientras que valores persistentes o en ascenso pueden sugerir fracaso terapéutico o persistencia de la gestación ectópica. Por ello, el monitoreo hormonal constituye un componente fundamental tanto en el diagnóstico como en la evolución clínica de esta patología (24).

c) Diagnóstico por imágenes

La ecografía transvaginal constituye actualmente el método de imagen de elección para el diagnóstico del embarazo ectópico debido a su elevada sensibilidad y especificidad en las etapas tempranas de la gestación. Su principal ventaja radica en la posibilidad de obtener imágenes detalladas de las estructuras pélvicas, permitiendo identificar hallazgos sugestivos de implantación extrauterina incluso antes de la aparición de complicaciones graves. Además, se considera una herramienta fundamental en la evaluación de mujeres en edad fértil que presentan dolor abdominal, sangrado vaginal y sospecha de embarazo ectópico (22).

Uno de los principales hallazgos ecográficos es la ausencia de saco gestacional intrauterino cuando los niveles séricos de β-hCG se encuentran por encima de la zona discriminatoria. Este hallazgo incrementa significativamente la sospecha diagnóstica y obliga a realizar una evaluación exhaustiva de los anexos uterinos y de la cavidad pélvica. La ecografía transvaginal también permite identificar masas anexiales complejas, generalmente localizadas en la trompa de Falopio, que pueden corresponder al sitio de implantación ectópica (21).

En algunos casos, la ecografía logra visualizar directamente el saco gestacional ectópico, observándose estructuras embrionarias e incluso actividad cardiaca fetal fuera de la cavidad uterina. Aunque este hallazgo no siempre está presente, su identificación

confirma el diagnóstico de embarazo ectópico. Asimismo, la presencia de una masa anexial heterogénea o imágenes compatibles con hematosalpinx puede orientar hacia la existencia de sangrado tubárico o ruptura inminente (22).

Otro hallazgo ecográfico importante es la presencia de líquido libre en el fondo de saco de Douglas o en otros espacios de la cavidad abdominal. Este signo suele asociarse a hemorragia intraperitoneal secundaria a ruptura tubárica y constituye un indicador indirecto de complicación. Cuando el líquido libre es abundante y se acompaña de signos clínicos de inestabilidad hemodinámica, debe considerarse una emergencia obstétrica que requiere intervención inmediata (22).

En determinadas situaciones, la ecografía transvaginal puede resultar inconclusa, especialmente en etapas muy tempranas de la gestación o en casos de localización ectópica atípica. Ante esta circunstancia, puede complementarse con ecografía transabdominal, la cual permite una valoración más amplia de la cavidad abdominal y de posibles colecciones hemorrágicas. Sin embargo, la sensibilidad de esta técnica es menor en comparación con la vía transvaginal para la detección temprana de estructuras gestacionales pequeñas (23).

En casos complejos o de diagnóstico incierto, puede recurrirse a estudios de resonancia magnética pélvica. Esta técnica ofrece imágenes de alta resolución y resulta útil para identificar embarazos ectópicos de localización inusual, como los cervicales, abdominales o implantados sobre cicatrices uterinas. No obstante, debido a su alto costo y menor disponibilidad, su uso se reserva principalmente para situaciones atípicas en las que los hallazgos ecográficos no son concluyentes (22).

En conjunto, la ecografía transvaginal representa una herramienta indispensable en el abordaje diagnóstico del embarazo ectópico, ya que permite confirmar la localización gestacional, identificar complicaciones tempranas y orientar la conducta terapéutica adecuada. Su interpretación, asociada a los niveles séricos de β-hCG y a la evaluación clínica integral, mejora significativamente la precisión diagnóstica y contribuye a disminuir la morbimortalidad materna asociada a esta patología (23).

d) Métodos invasivos

La culdocentesis y la laparoscopia diagnóstica constituyen procedimientos complementarios utilizados en situaciones en las que los métodos clínicos, laboratoriales e imagenológicos no permiten confirmar con certeza el diagnóstico de embarazo ectópico. Aunque actualmente su uso es menos frecuente debido al avance

de la ecografía transvaginal y la determinación sérica de β-hCG, continúan siendo herramientas útiles en determinados contextos clínicos, especialmente en casos de sospecha de ruptura tubárica o cuando existe inestabilidad hemodinámica (22).

La culdocentesis es un procedimiento invasivo que consiste en la punción del fondo de saco posterior de Douglas con el objetivo de identificar la presencia de sangre libre en la cavidad peritoneal. Una culdocentesis positiva se caracteriza por la obtención de sangre oscura no coagulada, hallazgo sugestivo de hemoperitoneo secundario a sangrado tubárico o ruptura del embarazo ectópico. Este procedimiento fue ampliamente utilizado antes del desarrollo de las técnicas modernas de imagen y aún puede resultar útil en establecimientos con acceso limitado a ecografía especializada (23).

No obstante, la culdocentesis presenta ciertas limitaciones diagnósticas, ya que la presencia de sangre en la cavidad abdominal también puede observarse en otras patologías ginecológicas, como quistes ováricos rotos o endometriosis complicada. Además, una culdocentesis negativa no excluye completamente el diagnóstico de embarazo ectópico, especialmente en etapas tempranas o en casos sin hemorragia significativa. Por ello, sus resultados deben interpretarse siempre en conjunto con los hallazgos clínicos y laboratoriales (22).

Por otro lado, la laparoscopia diagnóstica es considerada uno de los métodos más precisos para la confirmación del embarazo ectópico, debido a que permite la visualización directa de las estructuras pélvicas y de la trompa afectada. Este procedimiento posibilita identificar el sitio exacto de implantación ectópica, evaluar el grado de daño anatómico y determinar la presencia de hemorragia intraperitoneal. Además de su utilidad diagnóstica, la laparoscopia posee una importante ventaja terapéutica, ya que en muchos casos permite realizar tratamiento quirúrgico inmediato durante el mismo procedimiento (24).

Entre las principales intervenciones laparoscópicas se encuentran la salpingostomía y la salpingectomía, cuya elección depende del estado de la trompa afectada, la magnitud del sangrado y el deseo reproductivo futuro de la paciente. En comparación con la laparotomía convencional, la laparoscopia ofrece beneficios importantes como menor dolor postoperatorio, menor tiempo de hospitalización, recuperación más rápida y reducción de adherencias pélvicas (22).

En la actualidad, la laparoscopia se reserva principalmente para pacientes con diagnóstico incierto, sospecha de ruptura tubárica o casos en los que el tratamiento médico no es posible o ha fracasado. Su utilización requiere disponibilidad de recursos quirúrgicos especializados y personal capacitado, por lo que no siempre está accesible en todos los niveles de atención. A pesar de ello, continúa siendo un procedimiento fundamental en el manejo integral del embarazo ectópico complicado (7,22).

e) Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico debe realizarse cuidadosamente frente a diversas patologías ginecológicas y abdominales que comparten manifestaciones clínicas similares. Entre las principales entidades que deben considerarse se encuentran el aborto incompleto, el aborto retenido, el embarazo anembrionado, los quistes ováricos rotos, la torsión anexial, la enfermedad inflamatoria pélvica y otras causas de dolor abdominal agudo en mujeres en edad reproductiva. La similitud de síntomas como dolor abdominal, sangrado vaginal y amenorrea puede dificultar el diagnóstico inicial y favorecer errores clínicos si no se realiza una evaluación integral (23).

El aborto incompleto y el aborto retenido representan algunos de los principales diagnósticos diferenciales debido a que suelen presentarse con sangrado vaginal y dolor pélvico asociados a niveles positivos de β-hCG. Sin embargo, en estas entidades generalmente se evidencia contenido intrauterino mediante ecografía, mientras que en el embarazo ectópico la cavidad uterina suele encontrarse vacía. Por su parte, el embarazo anembrionado puede generar confusión diagnóstica en etapas tempranas debido a la ausencia de embrión visible, aunque la presencia de saco gestacional intrauterino permite diferenciarlo de una implantación ectópica (24).

Los quistes ováricos complicados, especialmente aquellos que presentan ruptura o hemorragia, también pueden manifestarse con dolor abdominal agudo e irritación peritoneal, simulando un embarazo ectópico roto. De igual manera, la torsión anexial produce dolor intenso de inicio súbito, acompañado en ocasiones de náuseas y vómitos, constituyendo otra causa importante de abdomen agudo ginecológico. En estos casos, la ecografía Doppler y la evaluación clínica ayudan a establecer el diagnóstico diferencial adecuado (23).

La correlación entre los hallazgos clínicos, los niveles séricos de β-hCG y las imágenes ecográficas constituye la base fundamental para evitar errores diagnósticos. Ningún hallazgo aislado es suficiente para confirmar o descartar completamente un embarazo

ectópico; por ello, la integración sistemática de la información clínica y paraclínica resulta indispensable para establecer un diagnóstico preciso y oportuno. La interpretación adecuada de los valores hormonales junto con la ecografía transvaginal permite identificar tempranamente alteraciones sugestivas de implantación extrauterina y orientar la conducta terapéutica más apropiada (22).

En conjunto, el diagnóstico del embarazo ectópico requiere un abordaje integral, sistemático y multidisciplinario. La aplicación temprana y adecuada de métodos de laboratorio e imagen posibilita detectar la enfermedad antes de la ruptura tubárica, disminuyendo significativamente el riesgo de hemorragia severa, shock hipovolémico y muerte materna. Asimismo, el diagnóstico precoz favorece tratamientos conservadores que contribuyen a preservar la fertilidad futura y mejorar el pronóstico reproductivo de las pacientes afectadas (23).

1.1.7 Tratamiento

El tratamiento del embarazo ectópico tiene como finalidad principal preservar la vida de la paciente, evitar complicaciones hemorrágicas graves y, en la medida de lo posible, conservar la capacidad reproductiva futura. Debido al riesgo potencial de ruptura tubárica y shock hipovolémico, el manejo debe instaurarse de manera oportuna una vez confirmado o altamente sospechado el diagnóstico. La elección del tratamiento depende de múltiples factores clínicos y laboratoriales, entre ellos el estado hemodinámico de la paciente, el tamaño y localización de la masa ectópica, los niveles séricos de β-hCG, la presencia de actividad cardiaca embrionaria y el deseo reproductivo futuro de la mujer (23).

El abordaje terapéutico también debe considerar las condiciones anatómicas de las trompas de Falopio, la presencia de hemoperitoneo y la disponibilidad de recursos especializados en el establecimiento de salud. En pacientes hemodinámicamente inestables o con evidencia de ruptura tubárica, el tratamiento quirúrgico constituye la conducta inmediata debido al alto riesgo de sangrado intrabdominal severo. Por el contrario, en casos diagnosticados tempranamente y sin signos de complicación, pueden emplearse estrategias conservadoras orientadas a preservar la fertilidad (24).

En la actualidad, se reconocen tres modalidades principales de manejo: el tratamiento médico, el tratamiento quirúrgico y el manejo expectante. Cada uno de estos enfoques posee indicaciones específicas y debe seleccionarse de forma individualizada según las características clínicas de la paciente y la evolución del cuadro. La adecuada elección

terapéutica permite disminuir la morbimortalidad materna y optimizar los resultados reproductivos posteriores (25).

El tratamiento médico se basa principalmente en el uso de metotrexato, un agente antimetabolito que inhibe la proliferación celular del tejido trofoblástico. Este manejo está indicado en pacientes hemodinámicamente estables, con embarazo ectópico no roto, niveles relativamente bajos de β-hCG y ausencia de actividad cardiaca embrionaria. Su principal ventaja radica en la posibilidad de evitar cirugía y preservar la integridad tubárica. Sin embargo, requiere seguimiento estricto mediante controles seriados de β-hCG para confirmar la resolución completa del embarazo ectópico (24).

El tratamiento quirúrgico continúa siendo la opción terapéutica de elección en casos complicados, especialmente cuando existe ruptura tubárica, hemorragia activa o contraindicación para tratamiento médico. La laparoscopia es actualmente el procedimiento más utilizado debido a sus beneficios en comparación con la laparotomía convencional, tales como menor dolor postoperatorio, recuperación más rápida y reducción del tiempo de hospitalización. Dependiendo del daño anatómico y del deseo reproductivo de la paciente, puede realizarse salpingostomía o salpingectomía (23).

Por otro lado, el manejo expectante se reserva para pacientes seleccionadas con embarazo ectópico no complicado, niveles bajos y descendentes de β-hCG y ausencia de síntomas importantes. En estos casos, se considera que el embarazo ectópico puede resolverse espontáneamente sin necesidad de intervención médica o quirúrgica. No obstante, este enfoque requiere vigilancia estricta y seguimiento continuo debido al riesgo de progresión y ruptura tubárica (24).

En conjunto, el tratamiento del embarazo ectópico debe individualizarse considerando las condiciones clínicas, reproductivas y emocionales de cada paciente. El diagnóstico temprano y la adecuada selección terapéutica permiten reducir significativamente la mortalidad materna, disminuir las complicaciones asociadas y preservar la fertilidad futura, objetivos fundamentales dentro del manejo integral de esta patología (23).

a) Manejo médico

El tratamiento médico con metotrexato se ha consolidado en las últimas décadas como una alternativa terapéutica eficaz, segura y conservadora para el manejo del embarazo ectópico en pacientes seleccionadas. Su utilización ha permitido disminuir la necesidad de intervenciones quirúrgicas y preservar la fertilidad futura, especialmente en mujeres jóvenes con deseo reproductivo. El metotrexato es un antagonista del ácido fólico que

actúa inhibiendo la enzima dihidrofolato reductasa, interfiriendo en la síntesis de ADN y ARN de las células trofoblásticas de rápida proliferación. Como consecuencia, se detiene el crecimiento del tejido gestacional y se produce su reabsorción progresiva (23).

Este tratamiento está indicado principalmente en pacientes hemodinámicamente estables, sin evidencia clínica o ecográfica de ruptura tubárica y con adecuada capacidad para cumplir seguimiento ambulatorio. Asimismo, los mejores resultados terapéuticos se observan en mujeres con masa anexial menor de 3.5 cm, ausencia de actividad cardiaca embrionaria y niveles séricos de β-hCG inferiores a 5,000 mUI/mL. Estos criterios permiten seleccionar casos con alta probabilidad de éxito y menor riesgo de complicaciones durante el manejo conservador (24).

Antes de iniciar el tratamiento con metotrexato, es indispensable realizar una evaluación clínica integral que incluya hemograma, pruebas de función hepática y renal, así como confirmación diagnóstica mediante ecografía y β-hCG cuantitativa. También deben descartarse contraindicaciones absolutas como enfermedad hepática severa, insuficiencia renal, discrasias sanguíneas, inmunodeficiencia, lactancia o sospecha de ruptura tubárica. La adecuada selección de las pacientes constituye un factor determinante para el éxito terapéutico y la prevención de complicaciones (23).

Existen diferentes esquemas terapéuticos para la administración de metotrexato, entre ellos los protocolos de dosis única, dosis múltiple y esquema híbrido. El régimen de dosis única intramuscular es el más utilizado en la práctica clínica debido a su simplicidad, menor costo y menor frecuencia de efectos adversos. Generalmente consiste en la administración de 50 mg/m² por vía intramuscular, seguida de control seriado de β-hCG para evaluar la respuesta terapéutica (25).

El seguimiento posterior al tratamiento constituye un aspecto fundamental del manejo médico. La eficacia terapéutica se valora mediante la disminución progresiva de los niveles séricos de β-hCG. Se considera una respuesta adecuada cuando existe una reducción de al menos 15 % entre el cuarto y séptimo día posteriores a la administración del fármaco. Posteriormente, se realizan controles semanales hasta alcanzar niveles indetectables de β-hCG, lo cual confirma la resolución completa del embarazo ectópico (23).

Durante el seguimiento, algunas pacientes pueden experimentar dolor abdominal leve o moderado secundario a la necrosis y reabsorción del tejido trofoblástico. Este cuadro, conocido como “dolor por separación”, suele manejarse de forma conservadora; sin embargo, es importante diferenciarlo de signos sugestivos de ruptura tubárica. La persistencia o incremento del dolor abdominal asociado a inestabilidad hemodinámica obliga a descartar complicaciones y considerar intervención quirúrgica inmediata (22).

Los efectos adversos del metotrexato suelen ser leves y transitorios. Entre los más frecuentes se describen náuseas, vómitos, malestar general, estomatitis y elevación pasajera de las enzimas hepáticas. En menor proporción, pueden presentarse diarrea, fotosensibilidad y dolor abdominal. Las complicaciones graves, como mielosupresión, hepatotoxicidad severa o neumonitis, son poco frecuentes cuando el tratamiento se administra bajo criterios adecuados y con seguimiento médico estricto (10,21).

Es fundamental garantizar el seguimiento ambulatorio continuo de las pacientes tratadas con metotrexato, ya que la falla terapéutica puede ocasionar persistencia del embarazo ectópico o ruptura tubárica secundaria. En aquellos casos donde los niveles de β-hCG no disminuyen adecuadamente o persisten signos clínicos de progresión, puede requerirse una nueva dosis del medicamento o conversión inmediata a tratamiento quirúrgico (22).

Además del manejo clínico, resulta importante brindar orientación integral a la paciente respecto a los cuidados posteriores al tratamiento. Se recomienda evitar el embarazo durante al menos tres meses después de la administración de metotrexato debido a su mecanismo antifolato y al posible riesgo teratogénico. Asimismo, debe proporcionarse consejería sobre planificación familiar, fertilidad futura y riesgo de recurrencia en embarazos posteriores (24).

En conjunto, el tratamiento médico con metotrexato representa una alternativa terapéutica efectiva y conservadora para el embarazo ectópico no complicado. Su adecuada indicación, junto con el seguimiento estricto mediante controles clínicos y hormonales, permite reducir la necesidad de cirugía, disminuir las complicaciones asociadas y preservar la capacidad reproductiva de las pacientes afectadas (23).

b) Manejo quirúrgico

El tratamiento quirúrgico continúa siendo la principal alternativa terapéutica en pacientes con embarazo ectópico complicado, especialmente cuando existe inestabilidad hemodinámica, sospecha de ruptura tubárica, hemorragia intraperitoneal

significativa o contraindicación para el uso de metotrexato. En estas situaciones, la intervención quirúrgica debe realizarse de manera inmediata con el objetivo de controlar el sangrado, evitar complicaciones potencialmente mortales y preservar, en la medida de lo posible, la función reproductiva de la paciente (24).

En la actualidad, la laparoscopia es considerada el estándar de manejo quirúrgico del embarazo ectópico debido a sus múltiples ventajas frente a la laparotomía convencional. Este abordaje mínimamente invasivo permite una recuperación postoperatoria más rápida, menor dolor, menor pérdida sanguínea intraoperatoria y reducción del tiempo de hospitalización. Asimismo, se asocia con menor formación de adherencias pélvicas y mejores resultados reproductivos posteriores, aspectos particularmente importantes en mujeres con deseo de fertilidad futura (24).

La laparoscopia también ofrece una adecuada visualización de las estructuras pélvicas, permitiendo identificar con precisión el sitio de implantación ectópica y evaluar el estado anatómico de las trompas de Falopio. Gracias a ello, es posible seleccionar la técnica quirúrgica más adecuada según el grado de daño tubárico y las condiciones clínicas de la paciente. Además, en comparación con la cirugía abierta, presenta menor riesgo de infección y una reincorporación más temprana a las actividades habituales (25).

Entre las técnicas quirúrgicas más utilizadas destacan la salpingostomía y la salpingectomía. La salpingostomía consiste en realizar una incisión lineal sobre la trompa afectada para extraer el tejido gestacional, preservando la estructura tubárica. Este procedimiento se prefiere en pacientes con deseo reproductivo futuro y con trompas relativamente conservadas, ya que permite mantener la posibilidad de fertilidad espontánea posterior (24).

Por otro lado, la salpingectomía implica la resección completa de la trompa comprometida y constituye el procedimiento indicado cuando existe ruptura tubárica extensa, hemorragia severa o daño anatómico irreversible. También se recomienda en casos de recurrencia sobre la misma trompa o cuando la paciente no desea fertilidad futura. La elección entre salpingostomía y salpingectomía debe individualizarse considerando el estado de la trompa contralateral, la estabilidad clínica y el riesgo de persistencia del tejido trofoblástico (25).

En situaciones de hemorragia masiva o compromiso hemodinámico grave, la cirugía adquiere un carácter de emergencia. En estos casos, la prioridad terapéutica es controlar

rápidamente el sangrado y estabilizar a la paciente. Aunque la laparoscopia continúa siendo la técnica preferida, en determinadas circunstancias puede requerirse laparotomía convencional, especialmente cuando existe inestabilidad severa o limitaciones técnicas para realizar abordaje mínimamente invasivo (24).

En los últimos años, los avances tecnológicos en cirugía ginecológica han permitido optimizar el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico. El uso de energía bipolar, dispositivos de coagulación avanzada y selladores hemostáticos ha contribuido a disminuir el sangrado intraoperatorio, reducir el daño térmico sobre los tejidos y mejorar la seguridad de los procedimientos conservadores. Estas innovaciones también han favorecido una menor tasa de complicaciones postoperatorias y reducido la probabilidad de embarazo ectópico persistente después de la cirugía (26).

Otro aspecto importante del manejo quirúrgico es el seguimiento posterior a la intervención. En pacientes sometidas a salpingostomía, resulta necesario realizar controles seriados de β-hCG para descartar persistencia del tejido trofoblástico residual, situación que puede requerir tratamiento complementario con metotrexato. Asimismo, debe brindarse consejería sobre fertilidad futura, riesgo de recurrencia y planificación reproductiva, ya que las mujeres con antecedente de embarazo ectópico presentan mayor probabilidad de nuevos eventos en gestaciones posteriores (25).

En conjunto, el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico sigue desempeñando un papel fundamental en el manejo de los casos complicados y de aquellas pacientes no candidatas a tratamiento médico. La laparoscopia, junto con los avances tecnológicos actuales, ha permitido procedimientos más seguros, menos invasivos y orientados a preservar la salud reproductiva femenina, contribuyendo significativamente a la disminución de la morbimortalidad materna asociada a esta patología (24).

c) Manejo expectante

La ecografía transvaginal constituye el método de imagen de elección para el diagnóstico del embarazo ectópico debido a su elevada sensibilidad y especificidad en la detección temprana de gestaciones extrauterinas. Su uso permite evaluar detalladamente las estructuras pélvicas y obtener información precisa sobre la localización del embarazo, convirtiéndose en una herramienta fundamental dentro del abordaje diagnóstico integral de esta patología (22).

Uno de los principales hallazgos ecográficos sugestivos de embarazo ectópico es la ausencia de saco gestacional intrauterino cuando los niveles séricos de β-hCG se

encuentran dentro de la zona discriminatoria. Este hallazgo adquiere gran importancia clínica, ya que orienta hacia la posibilidad de implantación extrauterina y obliga a una evaluación minuciosa de los anexos uterinos. Además, la ecografía transvaginal permite identificar masas anexiales complejas, generalmente heterogéneas, que pueden corresponder al sitio de implantación ectópica (24).

En determinados casos, es posible visualizar directamente el saco gestacional ectópico, observándose incluso la presencia de embrión y actividad cardiaca fuera de la cavidad uterina. Aunque este hallazgo no siempre está presente, constituye un criterio diagnóstico prácticamente definitivo de embarazo ectópico. Asimismo, pueden evidenciarse imágenes compatibles con hematosalpinx o colecciones hemorrágicas asociadas al compromiso tubárico (22).

Otro signo ecográfico de gran relevancia es la presencia de líquido libre en el fondo de saco de Douglas. Este hallazgo sugiere hemorragia intraperitoneal secundaria a sangrado tubárico y, en el contexto clínico adecuado, puede indicar ruptura del embarazo ectópico. La cantidad de líquido libre observada puede variar desde pequeñas colecciones hasta abundante hemoperitoneo, situación que generalmente se asocia a compromiso hemodinámico y necesidad de intervención quirúrgica urgente (26).

La sensibilidad diagnóstica de la ecografía transvaginal aumenta considerablemente cuando se interpreta en conjunto con los niveles séricos de β-hCG y los hallazgos clínicos de la paciente. Esta correlación permite identificar casos en etapas tempranas y establecer conductas terapéuticas oportunas antes de la aparición de complicaciones graves como la ruptura tubárica y el shock hipovolémico (25).

En algunas situaciones, especialmente en embarazos muy tempranos o de localización atípica, la ecografía transvaginal puede resultar inconclusa. Ante estos casos, puede recurrirse a la ecografía transabdominal como método complementario, permitiendo una evaluación más amplia de la cavidad abdominal y la identificación de colecciones hemorrágicas extensas. Sin embargo, esta técnica posee menor sensibilidad para detectar estructuras gestacionales pequeñas en comparación con la vía transvaginal (27).

Cuando persiste la incertidumbre diagnóstica, especialmente en gestaciones ectópicas de localización inusual como las cervicales, abdominales o intersticiales, puede indicarse la realización de resonancia magnética pélvica. Este método ofrece imágenes de alta resolución y mayor precisión anatómica, facilitando la identificación de

implantaciones ectópicas complejas. No obstante, debido a su elevado costo y limitada disponibilidad, su uso suele reservarse para casos atípicos o situaciones donde los hallazgos ecográficos no son concluyentes (26).

En conjunto, la ecografía transvaginal representa una herramienta indispensable en el diagnóstico temprano del embarazo ectópico. Su adecuada utilización, asociada a la evaluación clínica y bioquímica, permite confirmar oportunamente la presencia de una gestación extrauterina, disminuir el riesgo de complicaciones maternas y orientar el tratamiento más apropiado para cada paciente (27).

d) Seguimiento y aspectos reproductivos

Independientemente del tipo de tratamiento empleado, ya sea médico, quirúrgico o expectante, el seguimiento posterior constituye una etapa fundamental en el manejo integral del embarazo ectópico. El objetivo principal del control postratamiento es confirmar la resolución completa del tejido trofoblástico y detectar oportunamente posibles complicaciones o persistencia de la gestación ectópica. Para ello, se realiza la medición seriada de los niveles séricos de β-hCG hasta alcanzar su negativización completa, lo que indica desaparición total de la actividad trofoblástica residual (28).

El monitoreo hormonal resulta especialmente importante en pacientes tratadas con metotrexato o sometidas a procedimientos conservadores como la salpingostomía, debido a que existe riesgo de persistencia del tejido gestacional. La disminución progresiva de los niveles de β-hCG permite evaluar la eficacia terapéutica y detectar tempranamente posibles fallas del tratamiento. En caso de persistencia o elevación de los valores hormonales, debe considerarse la posibilidad de embarazo ectópico persistente y reevaluar la conducta terapéutica (29).

Además del seguimiento clínico y laboratorial, es esencial brindar atención integral a las mujeres que han experimentado un embarazo ectópico, considerando las repercusiones físicas, emocionales y reproductivas que esta condición puede generar. Muchas pacientes presentan ansiedad, temor ante futuras gestaciones y preocupación respecto a su fertilidad, especialmente cuando han requerido procedimientos quirúrgicos radicales o presentan antecedentes de infertilidad. Por ello, la consejería posterior al tratamiento constituye un componente indispensable de la atención integral (28).

La orientación en planificación familiar debe incluir información sobre métodos anticonceptivos seguros, prevención de infecciones de transmisión sexual y control

preconcepcional antes de una nueva gestación. Asimismo, se recomienda informar a la paciente sobre el riesgo de recurrencia, el cual puede incrementarse en mujeres con antecedentes de daño tubárico o embarazo ectópico previo. En futuras gestaciones, resulta fundamental realizar control prenatal precoz y evaluación ecográfica temprana para confirmar la localización intrauterina del embarazo (29).

En pacientes tratadas con metotrexato, se aconseja evitar el embarazo durante al menos tres meses posteriores al tratamiento. Esta recomendación se fundamenta en el mecanismo de acción antifolato del medicamento y en la necesidad de permitir la recuperación adecuada de la función ovárica, la regeneración tisular y la restauración de las reservas de ácido fólico. Además, este intervalo contribuye a disminuir el riesgo de alteraciones embrionarias en embarazos posteriores (28).

El apoyo psicológico también desempeña un papel importante dentro del seguimiento postratamiento. La pérdida gestacional y la experiencia de una emergencia obstétrica pueden generar impacto emocional significativo, incluyendo sentimientos de tristeza, frustración y miedo a la infertilidad. La atención multidisciplinaria, con participación de profesionales de salud mental cuando sea necesario, favorece la recuperación emocional y mejora la adaptación de la paciente frente a futuras decisiones reproductivas (29).

En conclusión, el manejo del embarazo ectópico requiere un enfoque integral, individualizado y multidisciplinario, orientado no solo a resolver la emergencia médica inmediata, sino también a preservar la fertilidad y el bienestar físico y emocional de la paciente. La elección terapéutica debe sustentarse en criterios clínicos, reproductivos y de seguridad, apoyándose en la evidencia científica disponible y en las recomendaciones de las guías clínicas nacionales e internacionales. El diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y el seguimiento continuo constituyen pilares fundamentales para reducir la morbimortalidad materna y optimizar el pronóstico reproductivo de las mujeres afectadas (30).

1.1.8 Complicaciones y pronóstico

El embarazo ectópico constituye una de las emergencias obstétricas más importantes debido al elevado riesgo de complicaciones maternas potencialmente mortales. Su gravedad radica en la posibilidad de producir hemorragias internas severas como consecuencia de la ruptura de las estructuras donde se implanta el tejido gestacional, especialmente la trompa de Falopio. Estas complicaciones pueden evolucionar

rápidamente hacia compromiso hemodinámico, shock hipovolémico e incluso muerte materna si no se realiza un diagnóstico y tratamiento oportunos (26).

Las complicaciones del embarazo ectópico están relacionadas tanto con el crecimiento progresivo del trofoblasto como con la incapacidad anatómica de los tejidos extrauterinos para sostener el desarrollo gestacional. A medida que el embrión aumenta de tamaño, la pared tubárica se distiende y adelgaza progresivamente hasta producirse la ruptura, generando sangrado intraperitoneal de intensidad variable. Este proceso suele acompañarse de una importante respuesta inflamatoria local y compromiso vascular que agravan el cuadro clínico (27).

La ruptura tubárica representa la complicación más frecuente y grave del embarazo ectópico. Generalmente ocurre durante las primeras semanas de gestación y se manifiesta con dolor abdominal súbito e intenso, distensión abdominal, irritación peritoneal y signos de inestabilidad hemodinámica. La hemorragia interna secundaria puede ser masiva y ocasionar disminución rápida del volumen circulante, desencadenando shock hipovolémico. En ausencia de intervención inmediata, esta complicación puede comprometer seriamente la vida de la paciente (26).

El hemoperitoneo constituye otra complicación importante y corresponde a la acumulación de sangre en la cavidad abdominal. Su magnitud depende del grado de lesión vascular y del tiempo transcurrido antes del tratamiento. Clínicamente, las pacientes pueden presentar palidez, taquicardia, hipotensión arterial, mareos, sudoración fría y pérdida del estado de conciencia. La presencia de líquido libre abundante en la ecografía transvaginal suele orientar hacia esta complicación y requiere manejo quirúrgico urgente (28).

Además de las complicaciones hemorrágicas agudas, el embarazo ectópico puede ocasionar secuelas reproductivas a largo plazo. El daño estructural de las trompas de Falopio incrementa el riesgo de infertilidad y de recurrencia en futuras gestaciones. Las mujeres con antecedente de embarazo ectópico presentan mayor probabilidad de desarrollar nuevos embarazos extrauterinos, especialmente cuando persisten factores predisponentes como enfermedad inflamatoria pélvica o alteraciones anatómicas tubáricas (26).

Las complicaciones también pueden derivarse del tratamiento empleado. En el manejo quirúrgico, especialmente cuando se requiere salpingectomía, existe riesgo de adherencias pélvicas, disminución de la fertilidad y complicaciones postoperatorias. Por otro lado, en pacientes tratadas con metotrexato puede presentarse persistencia del tejido trofoblástico o

ruptura tubárica secundaria si no se realiza un seguimiento adecuado mediante controles seriados de β-hCG (27).

El impacto psicológico constituye otra consecuencia relevante del embarazo ectópico. Muchas mujeres experimentan ansiedad, tristeza, temor a la infertilidad y preocupación ante futuros embarazos. Estas repercusiones emocionales pueden persistir incluso después de la recuperación física, afectando la calidad de vida y el bienestar integral de la paciente. Por ello, se recomienda brindar apoyo emocional y consejería reproductiva como parte del manejo multidisciplinario (28).

En conclusión, las complicaciones del embarazo ectópico abarcan manifestaciones hemorrágicas agudas, alteraciones reproductivas y consecuencias emocionales que pueden comprometer seriamente la salud y calidad de vida de la mujer. El diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y el seguimiento integral son fundamentales para disminuir la morbimortalidad materna y prevenir secuelas a largo plazo asociadas a esta patología (29).

a) Complicaciones agudas

La ruptura tubárica representa la complicación más grave y temida del embarazo ectópico, debido a su rápida evolución hacia hemorragia intraperitoneal masiva y compromiso hemodinámico severo. Esta complicación ocurre cuando el crecimiento progresivo del tejido trofoblástico invade y destruye la pared de la trompa de Falopio, estructura anatómicamente incapaz de soportar el desarrollo gestacional. Como consecuencia, se produce ruptura vascular y salida de sangre hacia la cavidad abdominal, situación que constituye una emergencia obstétrica de manejo inmediato (29).

Desde el punto de vista clínico, la ruptura tubárica suele manifestarse con dolor abdominal intenso y de inicio súbito, generalmente localizado en la región pélvica o abdominal inferior. A medida que aumenta el sangrado intraperitoneal, aparecen signos de irritación peritoneal y compromiso hemodinámico, tales como palidez, taquicardia, hipotensión arterial, sudoración fría, mareos e incluso pérdida del estado de conciencia. En algunos casos, el dolor puede irradiarse hacia el hombro derecho debido a la irritación diafragmática producida por el hemoperitoneo. La rápida identificación de estos signos resulta fundamental para instaurar tratamiento quirúrgico urgente y evitar desenlaces fatales (30).

La magnitud de la hemorragia depende del grado de lesión vascular y del tiempo transcurrido antes de la intervención médica. Cuando el diagnóstico y tratamiento se

retrasan, la pérdida sanguínea puede ser considerable y desencadenar shock hipovolémico severo. Esta condición se caracteriza por disminución crítica del volumen circulante, alteración de la perfusión tisular y compromiso de órganos vitales. En ausencia de tratamiento inmediato, la paciente puede evolucionar hacia fallo multiorgánico y muerte materna (31).

Otra complicación importante es el embarazo ectópico persistente, el cual se presenta cuando permanece tejido trofoblástico activo después de un tratamiento conservador, ya sea quirúrgico o médico. Esta situación puede ocurrir tras procedimientos como la salpingostomía o luego de la administración de metotrexato, especialmente cuando la resolución del tejido gestacional no es completa. La incidencia reportada oscila entre el 5 % y el 15 %, dependiendo del tipo de tratamiento realizado y de las características clínicas de la paciente (30).

El diagnóstico de embarazo ectópico persistente se basa principalmente en el seguimiento seriado de los niveles séricos de β-hCG. En condiciones normales, estos valores deben disminuir progresivamente hasta negativizarse por completo. Sin embargo, cuando persiste actividad trofoblástica residual, los niveles hormonales permanecen elevados o presentan una reducción insuficiente. Esta situación obliga a continuar el seguimiento estrecho y, en algunos casos, administrar nuevas dosis de metotrexato o realizar intervención quirúrgica complementaria (31).

La hemorragia interna severa derivada del embarazo ectópico puede desencadenar otras complicaciones sistémicas de elevada gravedad. Entre ellas destacan la anemia aguda secundaria a pérdida masiva de sangre y la coagulopatía por consumo, condición en la cual los factores de coagulación se agotan progresivamente debido al sangrado continuo. Estas alteraciones comprometen aún más la estabilidad de la paciente y dificultan el control de la hemorragia, aumentando el riesgo de mortalidad materna (32).

En situaciones extremas, el compromiso hemodinámico prolongado puede ocasionar hipoperfusión tisular generalizada y evolución hacia fallo multiorgánico. Los órganos más afectados suelen ser riñones, hígado, pulmones y sistema cardiovascular. Esta complicación representa una de las principales causas de muerte asociadas al embarazo ectópico complicado, particularmente cuando el diagnóstico se realiza tardíamente o el acceso a servicios especializados es limitado (30).

En contextos de bajos recursos, las complicaciones del embarazo ectópico adquieren mayor relevancia debido a las dificultades para acceder a diagnóstico precoz mediante

ecografía transvaginal y determinación sérica de β-hCG. La ausencia de servicios especializados, el retraso en la referencia hospitalaria y las limitaciones en infraestructura sanitaria favorecen la detección tardía de casos complicados, incrementando considerablemente la morbimortalidad materna asociada a esta patología (31).

En conclusión, las complicaciones del embarazo ectópico pueden evolucionar rápidamente hacia situaciones potencialmente mortales si no se realiza un diagnóstico y tratamiento oportunos. La ruptura tubárica, el embarazo ectópico persistente y las alteraciones hemodinámicas severas representan las principales amenazas para la salud materna. Por ello, el reconocimiento precoz de los signos de alarma, el acceso oportuno a métodos diagnósticos y la atención especializada constituyen elementos fundamentales para disminuir las complicaciones y mejorar el pronóstico de las pacientes afectadas (30).

b) Complicaciones tardías y reproductivas

Entre las secuelas más importantes del embarazo ectópico destaca la infertilidad secundaria, considerada una de las principales consecuencias reproductivas a largo plazo. Esta complicación se relaciona principalmente con el daño estructural ocasionado en las trompas de Falopio, ya sea por la propia implantación ectópica, la ruptura tubárica o los procedimientos quirúrgicos realizados durante el tratamiento. Asimismo, la formación de adherencias pélvicas posteriores a procesos inflamatorios o intervenciones quirúrgicas puede alterar la anatomía normal del aparato reproductor femenino y dificultar la fecundación futura (31).

La magnitud del compromiso reproductivo depende de diversos factores, entre ellos el grado de daño tubárico, el tratamiento empleado y el estado funcional de la trompa contralateral. Se estima que entre el 30 % y el 40 % de las mujeres con antecedente de embarazo ectópico pueden presentar dificultades para lograr una nueva gestación, especialmente cuando existe antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica o pérdida de una trompa de Falopio. Aunque algunas pacientes logran embarazos posteriores sin complicaciones, otras requieren seguimiento especializado o incluso técnicas de reproducción asistida debido al deterioro de la función tubárica (32).

Otra complicación relevante es el elevado riesgo de recurrencia. Las mujeres que han presentado previamente un embarazo ectópico tienen una probabilidad considerablemente mayor de desarrollar un nuevo episodio en futuras gestaciones.

Diversos estudios señalan que este riesgo puede incrementarse entre 5 y 20 veces en comparación con mujeres sin antecedentes de embarazo ectópico, particularmente cuando persisten factores predisponentes como infecciones pélvicas recurrentes, tabaquismo, alteraciones anatómicas tubáricas o antecedentes quirúrgicos ginecológicos (33).

La recurrencia representa un importante desafío clínico y emocional, ya que obliga a realizar vigilancia estricta en embarazos posteriores. Por ello, se recomienda que las mujeres con antecedente de embarazo ectópico reciban control prenatal precoz y evaluación ecográfica temprana para confirmar oportunamente la localización intrauterina de la gestación. Esta vigilancia permite reducir el riesgo de complicaciones graves y mejorar el pronóstico reproductivo futuro (34).

Además de las repercusiones físicas y reproductivas, el embarazo ectópico genera un impacto psicológico significativo. Muchas mujeres experimentan sentimientos de pérdida gestacional, ansiedad, tristeza y temor ante la posibilidad de infertilidad o recurrencia. En algunos casos, estas alteraciones emocionales pueden persistir durante largo tiempo y afectar la calidad de vida, las relaciones de pareja y la percepción de la maternidad futura (11,33).

La experiencia de una emergencia obstétrica, especialmente cuando implica cirugía, hospitalización o riesgo vital, puede desencadenar cuadros de estrés emocional, depresión e inseguridad respecto a futuros embarazos. Estas manifestaciones suelen intensificarse en mujeres nulíparas o en aquellas con antecedentes de infertilidad, debido al temor de perder definitivamente la capacidad reproductiva (35).

Por este motivo, el abordaje terapéutico moderno del embarazo ectópico no se limita únicamente al tratamiento médico o quirúrgico de la emergencia, sino que incorpora también atención psicosocial y consejería reproductiva integral. El acompañamiento emocional, la orientación sobre fertilidad futura y la educación en salud sexual y reproductiva constituyen componentes fundamentales dentro del proceso de recuperación de la paciente (12,35).

En conjunto, las secuelas del embarazo ectópico abarcan dimensiones físicas, reproductivas y psicológicas que pueden afectar significativamente la salud integral de la mujer. La infertilidad secundaria, el riesgo de recurrencia y el impacto emocional resaltan la importancia de un manejo multidisciplinario orientado no solo a resolver la

emergencia clínica, sino también a preservar la calidad de vida y el bienestar reproductivo de las pacientes afectadas (33).

c) Pronóstico

El pronóstico del embarazo ectópico ha experimentado una mejoría significativa en las últimas décadas gracias al avance de los métodos diagnósticos y al desarrollo de tratamientos menos invasivos y más eficaces. La incorporación de la ecografía transvaginal y la determinación seriada de β-hCG ha permitido identificar la enfermedad en etapas tempranas, antes de la aparición de complicaciones graves como la ruptura tubárica y el shock hipovolémico. Asimismo, la implementación de técnicas laparoscópicas y tratamientos conservadores con metotrexato ha contribuido a disminuir considerablemente la morbimortalidad materna asociada a esta patología (36).

Históricamente, el embarazo ectópico representaba una de las principales causas de muerte materna durante el primer trimestre de gestación. A mediados del siglo XX, la mortalidad superaba el 10 % debido al diagnóstico tardío y a las limitaciones terapéuticas existentes. Sin embargo, en la actualidad, los países con sistemas de salud consolidados han logrado reducir la mortalidad a cifras inferiores al 0.1 %, gracias al acceso oportuno a servicios especializados, métodos diagnósticos de alta sensibilidad y tratamiento precoz (36). A pesar de estos avances, en regiones con recursos limitados la mortalidad continúa siendo elevada debido a dificultades en el acceso a atención médica, diagnóstico tardío y escasa disponibilidad de servicios de emergencia obstétrica (35).

El pronóstico reproductivo posterior al embarazo ectópico depende principalmente del grado de daño tubárico, del tratamiento realizado y de la funcionalidad de la trompa contralateral. Las pacientes tratadas mediante procedimientos conservadores, como la salpingostomía o el manejo médico con metotrexato, presentan mayores probabilidades de preservar la fertilidad futura. Se estima que después de una salpingostomía la tasa de embarazo intrauterino posterior puede alcanzar entre el 60 % y el 70 %, especialmente cuando la trompa contralateral mantiene adecuada funcionalidad (36).

En contraste, las pacientes sometidas a salpingectomía unilateral presentan una disminución relativa de la fertilidad debido a la pérdida anatómica de una trompa de Falopio. En estos casos, la probabilidad de lograr una nueva gestación intrauterina se sitúa aproximadamente alrededor del 40 %, dependiendo de factores asociados como

edad materna, antecedentes infecciosos y estado reproductivo previo (37). No obstante, muchas mujeres logran embarazos exitosos posteriormente cuando la trompa restante conserva adecuada permeabilidad y funcionalidad (36).

El riesgo de recurrencia constituye otro aspecto importante dentro del pronóstico reproductivo. Las mujeres con antecedente de embarazo ectópico presentan mayor probabilidad de desarrollar nuevos episodios en futuras gestaciones, particularmente cuando persisten factores predisponentes como enfermedad inflamatoria pélvica, tabaquismo o alteraciones anatómicas tubáricas. Por ello, el seguimiento precoz en embarazos posteriores mediante ecografía temprana resulta fundamental para confirmar oportunamente la localización intrauterina de la gestación y disminuir el riesgo de complicaciones (37).

En mujeres con daño tubárico bilateral, infertilidad secundaria o recurrencias repetidas, las técnicas de reproducción asistida, especialmente la fertilización in vitro, representan una alternativa terapéutica viable para lograr la gestación. Estos procedimientos permiten evitar parcialmente el tránsito tubárico del embrión, reduciendo el riesgo de implantación ectópica y mejorando las posibilidades reproductivas en pacientes con compromiso anatómico severo (37).

Además de los aspectos físicos y reproductivos, el pronóstico integral del embarazo ectópico también involucra la recuperación emocional y psicológica de la paciente. Muchas mujeres requieren apoyo emocional y consejería reproductiva posterior al evento, especialmente cuando han experimentado pérdida gestacional, cirugía de emergencia o temor a la infertilidad futura. La atención multidisciplinaria contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de las pacientes afectadas (38).

En conclusión, las complicaciones y secuelas del embarazo ectópico abarcan aspectos hemorrágicos agudos, alteraciones reproductivas y repercusiones psicológicas que pueden afectar de manera importante la salud integral de la mujer. El diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y el seguimiento multidisciplinario constituyen elementos fundamentales para reducir la mortalidad materna, preservar la fertilidad y mejorar el pronóstico general de las pacientes afectadas por esta patología (39).

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

1. Caso clínico

1.1 Anamnesis

Filiación

a. Nombre : M.A.M.
b. Edad : 29.
c. Sexo : Femenino.
d. Raza : Mestiza.
e. Estado Civil : Casada.
f. Religión : Católica.
g. Idioma : Castellano.
h. Cama : 405 – A.
i. Seguro : ESSALUD.
j. DNI : XXXXXXXX.
k. Fecha de nacimiento : 26 de enero de 1996.
l. Lugar de nacimiento : Arequipa.
m. Lugar de procedencia : Arequipa.
n. Domicilio : XXXXXXXXXX.
o. Grado de Instrucción : Superior.
p. Ocupación actual : Enfermera.
q. Ocupación de la pareja : Ingeniero Mecánico.
r. Persona responsable : Esposo.
s. Fecha de ingreso : 23/10/2025 10:00.
t. Forma de ingreso : Emergencia.
u. Tipo de anamnesis : Directa.
v. Nro. de historia clínica : 729838.
w. Historia clínica elaborada por : Obstetra. Rossalyn L. Alférez P.
x. Fecha de elaboración : 23/10/2025.

1.2 Enfermedad actual

Fecha: 26/08/2025, hora: 09:00

a. Tiempo de enfermedad : 22 días.
b. Síntoma principal : dolor abdominal.

c. Historia de enfermedad:

El día 26/08/2025 paciente “refiere” presentar dolor abdominal de leve intensidad, tipo punzada con predominio en fosa iliaca izquierda, sin otra asociación sintomática; además, manifiesta que presenta un retraso de 9 días por FUM 17/07/2025, motivo por el cual acude a medico ginecólogo en forma particular; quien después de evaluar a la paciente y realizarle una ecografía endovaginal le informan que presenta una endometriosis además de requerir ayuda para fertilidad. No recibió ningún tratamiento ni otra indicación médica.

El día 29/09/2025 paciente “refiere”, después de un mes aproximadamente el dolor abdominal vuelve a presentarse, por lo cual se realiza una prueba de embarazo en orina con resultado positivo.

El día 01/10/2025 a las 9:00 horas paciente “refiere” acudir por emergencia al Hospital III-1 por presentar sangrado color rojo rutilante, cantidad regular, acompañado de dolor tipo cólico de gran intensidad, indica que fue evaluada por ginecología donde le realizan una ecografía endovaginal y visualizan, según la paciente “un puntito”, le indican análisis de laboratorio y tratamiento con Diclofenaco 75 mg intramuscular STAT, Progesterona por 5 días cada 12 horas, reposo y que acuda a los 7 días para reevaluación, le dan consejería en signos de alarma.

Resultados de la analítica de laboratorio:

- Hb :14.
- BHCG: 5.532 mUI/mL
- Urocultivo: pendiente.

El día 15/10/2025 paciente “refiere” presentar dolor tipo cólico y secreción vaginal de aspecto hemático, de color café oscuro en poca cantidad.

El día 17/10/2025 a las 15:00 horas paciente “refiere” que acude al servicio de ginecología del Hospital Categoría II-1, donde se le realiza una ecografía endovaginal y solo le indican hospitalización para que le realicen un curetaje.

En hospitalización se le realiza otra ecografía endovaginal donde le indican que encuentran “48 restos”, piden opinión a otra medico ginecólogo que indica que “no se visualiza bien y que no son restos y son quistes, y que estos no dejaron desarrollar al embrión”.

Ginecóloga le comunica que puede darle el alta y que espere unos días y regrese, pero paciente decide quedarse.

El día 18/10/2025 paciente "refiere" que le administran misoprostol tanto por vía oral y vaginal; pasada 5 horas empieza a tener dolores tipo cólico intensos con expulsión de coágulos de sangre en regular volumen vía vaginal. Se le realiza otra ecografía informándole que se visualiza 14 restos y que no es necesario el curetaje y que se le dará el alta con tratamiento vía oral, con misoprostol 1 tableta cada 6 horas por 3 días.

En el transcurso del día, en horas de la tarde, la paciente refiere eliminar coágulos de sangre en escasa cantidad.

El día 19/10/2025 a las 08:00 horas paciente "refiere" que antes de indicarle el alta médica, se le realiza una nueva ecografía endovaginal, en la cual la misma ginecóloga indica que vio mal y que son 16 restos y que pasara a curetaje; es programada para las 18.30 horas.

A las 18:30horas se le realiza AMEU.

El día 20/10/2025 a las 08.00 horas paciente "refiere" le realizan una ecografía endovaginal y se visualiza que quedaban restos en escasa cantidad y se culminara con tratamiento vía oral.

Indican el alta médica a las 12:00 del mediodía con las siguientes indicaciones:

- Misoprostol 200 mg 1 tableta vía oral cada 12 horas por 2 días.
- Clindamicina 600 mg 1 capsula cada 8 horas vía oral por 5 días, Paracetamol 500 mg vía oral condicional al dolor.

Se le da consejería en signos de alarma acudir por emergencia si presenta alguna complicación.

El día 22/10/2025 a las 08:00 horas paciente "refiere" que en su casa presenta dolor tipo cólico de leve intensidad acompañado de cefalea, pero lo asume que era por el AMEU.

El día 23/10/2025 a las 08:00 horas paciente "refiere" que amanece con dolor tipo cólico de gran intensidad, localizado en FII que se irradia hacia ombligo y zona púbica, acompañado de sangrado rojo rutilante en escasa cantidad, cefalea y náuseas por lo cual decide ir de forma particular donde médico ginecólogo dónde le realizan una ecografía endovaginal en el que se concluye:

Retención de restos Tumor anexial izquierdo D/C Embarazo Ectópico.

Ginecólogo le indica ingresar por emergencia por Hospital III-1.

El día 23/10/2025 a las 09.55 horas paciente ingresa por emergencia, es evaluada en el servicio de ginecología, cuya trascripción de la historia es la siguiente:

AMEU el 19/10/2025 en el Hospital II-1 por probable aborto incompleto.

Refiere dolor en FII, irradiado a ombligo, náuseas, cefalea, sangrado genital escaso, trae ecografía particular que muestra tumoración anexial izquierda, a d/c embarazo ectópico. Al examen, clínico signos vitales: Presión Arterial (mm hg): 110/80, frecuencia Cardiaca (latidos x Min.): 90, Abdomen b/d, doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda, no signos peritoneales. Especulo: flujo sanguinolento escaso, cérvix s/p, doloroso a la movilización se palpa masa anexial izquierda de 3x3 cm. poco dolorosa.

Ecografía: útero de 72x42x48 mm, con contenido endometrial heterogéneo de 8.3 mm, ovario derecho s/p, ovario izquierdo adyacente al mismo tumoración heterogénea vascularizada de 35 x 30 mm con hiperrefrigencias, liquido libre escaso.

Diagnostico:

- Embarazo tubárico
- Otros dolores abdominales y los no especificados
- Prioridad de atención: PRIORIDAD II EMERGENCIA

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza en Obstetricia.
- NPO.
- ClNa 0.9%, a 30 gotas por minuto.
- Tiene exámenes.
- Evaluación por medico de piso.

Indicaciones

- Tipo de Atención Emergencia.
- Transferencia a hospitalización.
- Exámenes Auxiliares Solicitados en la secuencia de atención: Hemograma automatizado (hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, leucocitos y plaquetas).

Funciones Biológicas

- Apetito : Disminuido.
- Sed : Disminuida.
- Sueño : Insomnio.
- Orina : Disminuida.
- Deposiciones : Disminuida.

1.3 Antecedentes personales

Antecedentes fisiológicos:

- Nacida de embarazo : A termino.
- Nacida de parto : Eutócico.
- Atención : Hospitalaria.
- Lugar : H.R.H.D.E
- Lactancia materna / tiempo : 12 meses.
- Vacunas : Completas.
- Dentición : Completa.
- Crecimiento y desarrollo psicomotriz : Normal.
- Inicio de marcha : Primer año.

Antecedentes patológicos:

- Enfermedades eruptivas de la infancia: Ninguna.
- Enfermedades de la adolescencia : Acné.
- Enfermedades de la adultez : Ninguna.
- Intervenciones Quirúrgicas : Ninguna.
- Accidentes o traumatismos : Ninguna.
- Hospitalizaciones : Ninguna.
- Transfusiones sanguíneas : No.
- Alergias a medicamentos : No.
- Alergias a alimentos : No.

Antecedentes Ginecológicos.

- Menarquia : 10 años.
- Régimen Catamenial : 4/27.
- Cantidad : Abundante .
- Dismenorrea : Si.
- Inicio de relaciones Sexuales : 16 años.
- Nro. de parejas sexuales : 4.
- Dispareunia : No.
- Flujo genital : Eventual.
- Prurito vulvar : Eventual.
- Infecciones ginecológicas : No.
- I.T.S. : No.
- Uso de MAC : Preservativo.
- PAP : 28/08/2025 Negativo.
- Examen de mamas : Sin hallazgos patológicos.
- Tratamiento de infertilidad : No.
- Operaciones ginecobstétricas : Ninguna.

Antecedentes Obstétricos

G0 P0000

- Nro. De gestaciones 0
- Nro. De partos a término 0
- Nro. De partos prematuros 0
- Nro. De abortos 0
- Nro. De hijos vivos 0
- Nro. De hijos fallecidos 0

1.4 Antecedentes personales

a. Padre : Sano.
b. Madre : Sana.

c. Hermano/a : Sano.
d. Pareja : Sano.
e. Hijo/s : No tiene.

1.5 Antecedentes hereditarios

Enfermedades de padres y hermanos

a. Sífilis : No refiere.
b. Diabetes : No refiere.
c. Taras nerviosas y mentales : No refiere.
d. Malformaciones congénitas : No refiere.
e. Enfermedades y causa de fallecimiento : No refiere.

1.6 Antecedentes del esposo

a. Enfermedades venéreas : No refiere.
b. Antecedentes en su familia de partos múltiples : No refiere.
c. Malformaciones congénitas en su familia : No refiere.

1.7 Antecedentes cósmico-ambientales

a. Vivienda : Propia.
b. Zona : Urbana.
c. Material : Noble.
d. Nro. De habitaciones : 6.
e. Nro. De habitantes : 5.
f. Saneamiento : Si.
g. Eliminación de basura : Si.
h. Residencias anteriores : Socabaya.
i. Armonía en la familia : Si.
j. Ambiente laboral : Estrés.
k. Crianza de animales : No.

1.8 Antecedentes socioeconómicos

a. Ocupación del jefe de la familia : Ingeniero Mecánico – Mina.
b. Nivel educacional : Superior.
c. Nro. de personas dependientes : Ninguna.

d. Ingreso familiar mensual : 4000.

e. Persona responsable de sustento familiar : Esposo.

1.9 Antecedentes psicosociales

a. Situación familiar : Estable.

b. Situación personal: Estable.

c. Vida afectiva : Amplio.

d. Horas de sueño : 7 horas.

1.10. Hábitos y costumbres

a. Fuma : No.

b. Ingiere bebidas alcohólicas : Solo Compromisos.

c. Consume drogas : No.

d. Bebe gaseosas : Si.

e. Bebe té : Si.

f. Bebe café : Si.

g. Nro. de veces al día que se alimenta : Tres veces al día.

h. Tipo de alimentación : Balanceada.

2. Embarazo actual

a. Formula obstétrica : G1P0A1HV0HM0.

b. Fecha de la última menstruación : 17/07/2025.

c. Fecha probable de parto : no aplica.

d. Nro. de controles prenatales : Ninguno.

e. Inicio de control prenatal : No se realizó.

f. Lugar de controles prenatales : No aplica.

g. Examen de mamas : Si.

h. Examen de Papanicolaou : Si, negativo.

i. Evaluación nutricional : No.

- Peso previo : 64 kg.
- Talla : 1.48
- IMC : 29.2
- Peso actual : 60.2

- Ganancia de peso : -3.8 kg
- Actividad sexual : disminuido.
- Gestación planificada : No.
- Estimulación prenatal : No aplica.
- Psicoprofilaxis Obstétrica : No aplica.

j. Molestias durante el embarazo

- Antecedentes del primer trimestre : Sangrado, dolor abdominal
- Administración profiláctica : Ácido Fólico.
- Trabaja haciendo esfuerzo físico : Si.
- Exposición a agentes químicos, tóxicos, radiaciones, radiación solar: Radiación Solar.
- Tamizaje de VIH/SIDA (Prueba Rápida) : No reactiva.
- Tamizaje de violencia familiar : No.

k. Consejería recibida:

- Nutricionales : No.
- Métodos anticonceptivos : No.
- VIH/SIDA : Si.
- Violencia familiar : No.
- Signos de alarma : Si.

2.1 Examen clínico

a. Funciones vitales

- Presión Arterial :110/80
- Pulso : 90
- Temperatura Corporal : 36.9
- Respiración : 20

b. Antropometría

- Peso : 60.2Kg
- Talla : 1.48cm
- IMC : 27.4

2.2 Examen clínico general

a) Conciencia: Lucido, orientado, alerta, cooperador, equilibrado.

b) Piel y TCSC: Tibia, húmeda, elástica, trigueña/bien distribuidos.
c) Cabeza: normocéfala, sin lesiones, asimetrías ni masas.
d) Cabello: de implantación uniforme, grueso, negro.
e) Ojos: pupilas simétricas, reactivas a la luz y con movimientos oculares.
f) Nariz: permeabilidad nasal normal, sin secreciones ni deformidades, centrada, griega
g) Oídos: pabellones auriculares simétricos sin secreciones ni deformidades.
h) Boca: mucosas hidratadas sin lesiones, amígdalas normales y sin exudado.
i) Cuello: sin ganglios linfáticos palpables o agrandados.
j) Aparato respiratorio: simetría de tórax, sin deformidades ni abombamientos
k) Aparato cardiovascular: latidos rítmicos, regulares y sin soplos ni roces anormales.

2.3 Examen preferencial

a) Mamas:
   - Inspección: Mamas simétricas, sin hoyuelos, arrugas o cambios en el pezón.
   - Palpación: Sin masas ni retracciones, piel de apariencia normal, no hay secreción de pezón y la palpación no revela nódulos o dolor

b) Abdomen:
   - Inspección: plano y simétrico, herida operatoria cubierta por gasas seca y limpias.
   - Palpación: dolor a la palpación superficial y profunda de moderada intensidad a nivel de FII
   - Auscultación: ruidos intestinales normales en todos los cuadrantes.

c. Genitales externos: de nulípara.
d. Extremidades superiores: Normales
e. Extremidades Inferiores: Normales sin deformidades, marcha normal

2.4 Impresión diagnóstica

a. Postoperada de Minilaparotomía exploratoria y salpingectomía izquierda por embarazo ectópico izquierdo.

2.5 Plan de trabajo

a) Indicaciones
   - NPO X 6 HRS.

- Movilización en cama Control de funciones vitales.
- Control de signos de alarma.
- Control de diuresis por turno.
- Curación de herida operatoria
- Hemograma en 6 horas.

b. Medicación

- Dextrosa 5%, 1000cc con NaCl 20% 20cc, 2 ampollas a 30 gotas x minuto, vía endovenosa.
- Cefazolina 1 gr. cada 8 horas, vía endovenosa (3 dosis y suspender) metamizol 2 gr. cada 8 horas, vía endovenosa.
- Tramadol 100mg 5cc condicional a dolor intenso dimenhidrinato 50 mg cada 8 horas, vía endovenosa metoclopramida 10 mg cada 8 horas, vía endovenosa.
- Ácido tranexámico 1 gr. cada 8 horas, vía endovenosa (3 dosis) y suspender.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

3.1 Análisis de caso

El presente caso clínico corresponde a una paciente de 29 años, nulípara, sin antecedentes quirúrgicos ni infecciosos relevantes, quien presentó un embarazo ectópico tubárico izquierdo diagnosticado de manera tardía, luego de múltiples atenciones médicas y procedimientos previos. La paciente acudió inicialmente por dolor abdominal localizado en fosa iliaca izquierda y posteriormente presentó sangrado vaginal durante el primer trimestre, manifestaciones clínicas consideradas características del embarazo ectópico. Sin embargo, pese a la persistencia de los síntomas y a las múltiples evaluaciones ecográficas realizadas, no se logró establecer oportunamente el diagnóstico definitivo, lo que retrasó el tratamiento adecuado y aumentó el riesgo de complicaciones maternas.

Uno de los hallazgos más relevantes del presente caso fue el importante retraso diagnóstico, debido a que desde la primera evaluación médica hasta la confirmación definitiva del embarazo ectópico transcurrieron varias semanas. Durante este periodo, la paciente recibió manejo orientado a aborto incompleto, incluyendo tratamiento con misoprostol y posterior realización de aspiración manual endouterina (AMEU), sin haberse confirmado previamente la localización intrauterina del embarazo. Esta situación evidencia deficiencias en la sospecha clínica inicial y en la aplicación adecuada de protocolos diagnósticos en pacientes con dolor abdominal y sangrado vaginal durante el primer trimestre del embarazo.

Rodríguez, Mosquera, Lescano, Suárez y López (39) señalan que el embarazo ectópico constituye una de las principales causas de mortalidad materna durante el primer trimestre debido al retraso diagnóstico y a las dificultades para identificar precozmente esta patología. Los autores destacan además que el uso oportuno de la β-hCG cuantitativa y la ecografía transvaginal permite mejorar significativamente la precisión diagnóstica y disminuir las complicaciones hemorrágicas asociadas. De manera similar, Miranda (40) refiere que el embarazo ectópico suele presentar manifestaciones clínicas inespecíficas, razón por la cual la adecuada correlación entre clínica, laboratorio e imagenología resulta indispensable para establecer un diagnóstico oportuno y reducir la morbimortalidad materna.

En comparación con la Guía de Práctica Clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú (INS/INMP) (46), el manejo inicial realizado en establecimientos previos presentó diferencias importantes respecto a las recomendaciones normatizadas para el abordaje del embarazo ectópico. La guía establece que, ante la presencia de dolor abdominal, amenorrea y

sangrado vaginal en el primer trimestre debe realizarse correlación obligatoria entre ecografía transvaginal y niveles séricos de β-hCG cuantitativa, debido a que la combinación de ambos métodos alcanza una sensibilidad diagnóstica entre 95 % y 100 %. Asimismo, señala que valores de β-hCG por encima de la zona discriminatoria asociados a ausencia de saco gestacional intrauterino deben considerarse altamente sugestivos de embarazo ectópico. En el presente caso, pese a que la paciente presentaba dolor abdominal persistente, sangrado vaginal y un valor de β-hCG de 5.532 mUI/mL, inicialmente no se estableció sospecha diagnóstica adecuada de embarazo ectópico, indicándose tratamiento con misoprostol y posteriormente AMEU sin confirmación previa de embarazo intrauterino. Esto evidencia una limitada adherencia al protocolo normatizado del INS/INMP, el cual enfatiza la necesidad de confirmar la localización gestacional antes de realizar procedimientos uterinos invasivos.

En el presente caso clínico, pese a que la paciente presentó sintomatología sugestiva de embarazo ectópico, como dolor abdominal persistente y sangrado vaginal, inicialmente se interpretó el cuadro como aborto incompleto. Asimismo, las ecografías realizadas en establecimientos previos mostraron hallazgos inconsistentes y cambiantes, evidenciándose dificultades diagnósticas que retrasaron el manejo definitivo. La persistencia de dolor abdominal, la ausencia de confirmación ecográfica de embarazo intrauterino y la evolución clínica desfavorable debieron motivar una reevaluación diagnóstica exhaustiva antes de indicar procedimientos uterinos invasivos.

Otro aspecto importante corresponde a la identificación de factores de riesgo presentes en la paciente. Aunque no presentó antecedentes clásicos como enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía tubárica previa o embarazo ectópico anterior, sí se identificaron algunos factores descritos en la literatura, como nuliparidad, inicio temprano de relaciones sexuales y antecedente de dolor pélvico asociado a presunta endometriosis. Además, se trataba de una mujer joven con deseo de fertilidad futura, aspecto relevante en el manejo integral de esta patología. Argilagos, Pavón, Romero, Guzmán y López (41), en un estudio realizado en pacientes con embarazo ectópico, identificaron como factores asociados más frecuentes la nuliparidad, antecedentes ginecológicos e infecciones vaginales, resaltando que dichos factores incrementan el riesgo de implantación ectópica del embrión. Del mismo modo, Ccorisoncco (43) encontró asociación entre embarazo ectópico e inicio precoz de relaciones sexuales, así como antecedentes ginecológicos relacionados con alteración tubárica. Aunque la paciente no presentó múltiples factores de riesgo clásicos, la presencia de algunos

antecedentes ginecológicos y las características reproductivas descritas podrían haber contribuido al desarrollo de esta patología.

En relación con el manejo instaurado inicialmente, se evidenció que este no se apegó completamente a los protocolos normatizados para la evaluación del embarazo temprano de localización incierta. La administración de misoprostol y la realización de AMEU sin confirmación previa de embarazo intrauterino expusieron innecesariamente a la paciente a riesgos hemorrágicos y retrasaron el tratamiento definitivo del embarazo ectópico. Mata, Urbina y Solís (44) sostienen que la falta de protocolos claros y el escaso reconocimiento clínico del embarazo ectópico favorecen errores diagnósticos y retrasan el tratamiento oportuno, incrementando el riesgo de complicaciones maternas graves. Asimismo, Argilagos, Pavón, Romero, Guzmán y López (41) señalan que la adecuada correlación entre la clínica, la ecografía y los métodos auxiliares permite establecer el diagnóstico correcto desde el ingreso hospitalario, evitando intervenciones innecesarias y disminuyendo complicaciones asociadas. En contraste con lo descrito por dichos autores, en el presente caso no se logró integrar adecuadamente la información clínica y ecográfica durante las primeras evaluaciones, lo que condicionó retraso diagnóstico y procedimientos invasivos innecesarios.

Posteriormente, el manejo realizado en el Hospital III-1 permitió establecer adecuadamente el diagnóstico mediante correlación clínica, laboratorial y ecográfica, identificándose una masa anexial izquierda vascularizada compatible con embarazo ectópico tubárico. Gracias a ello, se instauró tratamiento quirúrgico oportuno mediante minilaparotomía exploratoria y salpingectomía izquierda, resolviendo la emergencia obstétrica y evitando complicaciones mayores como ruptura tubárica masiva o choque hipovolémico.

Rodríguez, Mosquera, Lescano, Suárez y López (39) refieren que el fortalecimiento de los métodos diagnósticos y terapéuticos ha permitido disminuir la mortalidad asociada al embarazo ectópico mediante intervenciones más tempranas y eficaces. Asimismo, Miranda (40), en un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, destaca que la ecografía transvaginal y la evaluación clínica especializada contribuyen significativamente a reducir las complicaciones hemorrágicas y mejorar el pronóstico materno en pacientes con embarazo ectópico.

Por otro lado, el manejo realizado posteriormente en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo mostró mayor concordancia con las recomendaciones del INS/INMP (46),

debido a que se realizó adecuada correlación clínica, laboratorial y ecográfica, identificándose masa anexial izquierda vascularizada compatible con embarazo ectópico tubárico. La guía del INS/INMP señala que el tratamiento quirúrgico mediante salpingectomía está indicado en pacientes con compromiso tubárico significativo, presencia de líquido libre o cuando no es posible garantizar un manejo conservador seguro. En este caso, la realización de minilaparotomía exploratoria y salpingectomía izquierda permitió resolver oportunamente la emergencia obstétrica y prevenir complicaciones hemorrágicas severas.

Sin embargo, según la guía del INS/INMP, en mujeres jóvenes con deseo de fertilidad futura debe valorarse, cuando las condiciones clínicas lo permitan, la posibilidad de manejo quirúrgico conservador mediante salpingostomía, especialmente en pacientes hemodinámicamente estables y con mínimo daño tubárico. En el presente caso, aunque la paciente era nulípara y deseaba fertilidad futura, la evolución clínica y los hallazgos intraoperatorios condicionaron la necesidad de realizar salpingectomía izquierda como procedimiento definitivo, priorizando la seguridad materna y el control de posibles complicaciones. El tratamiento quirúrgico realizado permitió resolver satisfactoriamente el cuadro clínico; sin embargo, tuvo repercusiones importantes sobre el futuro reproductivo de la paciente, debido a la necesidad de realizar salpingectomía izquierda. Este aspecto adquiere mayor relevancia considerando que se trataba de una mujer joven, nulípara y con deseo de fertilidad futura.

Paredes (42) refiere que las pacientes con antecedente de embarazo ectópico presentan mayor riesgo de infertilidad secundaria y recurrencia en futuras gestaciones, especialmente cuando existe daño tubárico o antecedente de procedimientos quirúrgicos sobre las trompas de Falopio. Asimismo, Ccorisoncco (43) señala que el embarazo ectópico puede generar importantes repercusiones reproductivas y complicaciones maternas, particularmente cuando el diagnóstico es tardío y el tratamiento requiere procedimientos quirúrgicos radicales.

Además de las repercusiones físicas y reproductivas, el embarazo ectópico genera un importante impacto emocional en la mujer, especialmente en pacientes jóvenes con deseo de maternidad futura. La ansiedad, el temor a la infertilidad y la preocupación frente a nuevos embarazos son frecuentes posterior a este tipo de eventos obstétricos. Por ello, el abordaje integral de estas pacientes no debe limitarse únicamente al tratamiento médico o quirúrgico, sino incluir consejería psicológica, orientación reproductiva y planificación familiar posterior al alta hospitalaria.

Finalmente, el presente caso clínico evidencia la importancia del diagnóstico oportuno del embarazo ectópico y de la adecuada aplicación de protocolos clínicos en pacientes con dolor abdominal y sangrado vaginal durante el primer trimestre. Asimismo, demuestra la necesidad de fortalecer la capacitación continua del personal de salud, promover el uso adecuado de herramientas diagnósticas y garantizar una atención integral orientada no solo a resolver la emergencia obstétrica, sino también a preservar, en la medida de lo posible, la salud reproductiva y emocional de la paciente.

El presente trabajo académico tiene como objetivo analizar un caso clínico de embarazo ectópico tubárico para identificar las principales lecciones clínicas y diagnósticas, así como evaluar el manejo instaurado, con el fin de contribuir a la detección temprana y al abordaje oportuno de esta patología en la práctica obstétrica.

CONCLUSIONES

PRIMERA: El análisis del presente caso clínico evidenció que el diagnóstico tardío del embarazo ectópico tubárico estuvo relacionado con la falta de correlación oportuna entre la clínica, la ecografía transvaginal y los niveles séricos de β-hCG, lo que retrasó el tratamiento definitivo y expuso a la paciente a procedimientos innecesarios. Como principal lección clínica y diagnóstica, se destaca la necesidad de mantener una alta sospecha de embarazo ectópico ante la presencia de dolor abdominal y sangrado vaginal durante el primer trimestre de gestación.

SEGUNDA: El caso resaltó la importancia de aplicar de manera estricta los protocolos diagnósticos y terapéuticos vigentes para prevenir complicaciones maternas, así como de considerar el futuro reproductivo de la paciente mediante consejería integral, orientación sobre fertilidad futura y seguimiento posterior, favoreciendo una atención integral y oportuna de las mujeres con embarazo ectópico.

TERCERA: La evaluación del manejo instaurado mostró diferencias entre la atención inicial y el abordaje realizado en el hospital de referencia. Mientras que el manejo inicial presentó limitada adherencia a las recomendaciones normatizadas para el diagnóstico del embarazo ectópico, el manejo posterior permitió establecer oportunamente el diagnóstico mediante adecuada correlación clínica, laboratorial y ecográfica, instaurándose tratamiento quirúrgico oportuno mediante salpingectomía izquierda.

RECOMENDACIONES

1. **A los profesionales de salud de los servicios de emergencia y ginecobstetricia:** Fortalecer la aplicación de protocolos diagnósticos que incluyan la determinación cuantitativa de β-hCG y la ecografía transvaginal desde la primera evaluación en mujeres con sospecha de embarazo ectópico, a fin de favorecer el diagnóstico oportuno y reducir complicaciones.
2. **A los establecimientos de salud y al personal de primer contacto:**
   Reforzar la capacitación continua sobre el abordaje diferencial entre aborto incompleto y embarazo ectópico, evitando el uso de misoprostol o AMEU sin confirmación previa de la localización gestacional mediante evaluación clínica y ecográfica.
3. **A los servicios de ginecobstetricia de EsSalud:**
   Garantizar el cumplimiento de las guías clínicas del MINSA y de la OMS para el manejo diagnóstico y terapéutico del embarazo ectópico, promoviendo un abordaje integral y basado en evidencia científica.
4. **Al personal de salud encargado del seguimiento posterior al tratamiento:**
   Brindar consejería integral orientada a la salud mental, fertilidad futura y planificación familiar, asegurando acompañamiento psicológico y control reproductivo en las pacientes con antecedente de embarazo ectópico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garita S, Fernández J, Alvarado G. Generalidades del embarazo ectópico. Revista Medsinergia. 2021;6(5), e670-e670. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670
2. Pommer R, Epifanio R, Campos J. Embarazo ectópico. Medicina Reproductiva. 2022. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://flasog.org/wp-content/uploads/2022/03/Medicina_Reproductiva_FLASOG.pdf
3. Crespo H. Embarazo ectópico abdominal. Gaceta Médica Boliviana. 2022;45(1), 67-68. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662022000100067&script=sci_arttext
4. García S, Cruz J, Bello K. Embarazo ectópico sobre cicatriz uterina. Revisión bibliográfica. Metro Ciencia. 2022; 30(1), 14-23. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/104
5. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de la gestante. Lima: MINSA; 2021. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1893862-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-y-diferenciada-de-la-gestante-adolescente-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio
6. Seguro Social de Salud. Informe de morbilidad materna 2022: reporte nacional de atención obstétrica. Lima: EsSalud; 2023. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_mm_mme_web/
7. Farquhar M. Embarazo ectópico. Lancet. 2005;366(9485):583–591. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)67917-8/fulltext
8. Martínez H, Hernández C, Matamoros A. Embarazo ectópico intramural: reporte de caso. Revista Médica Hondureña. 2021;89(1), 7-9. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://camjol.info/index.php/RMH/article/view/12182
9. Alonso V, López V, Forestieri O, Uranga A. Embarazo ectópico. 2022. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147719
10. Seguro Social de Salud del Perú. Guía técnica de atención obstétrica y emergencias ginecológicas. Lima: EsSalud; 2022. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en:

https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/dGuias_practica_clinica_para_atencion_de_emergencias_obstetricas_nivel_capacidad_resolutiva.pdf

11. Villanueva R, Carmona R, Cassou M, Hurtado H, Ayala M. Embarazo ectópico roto con fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana negativa: reporte de caso. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2022;87(4), 299-303. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262022000400299&script=sci_arttext
12. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra: OMS; 2018. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12
13. Barnhart K. Ectopic pregnancy. N Engl J Med. 2020;383(19):1857–1866. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp0810384
14. Jurkovic D, Wilkinson H. Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico. BMJ. 2022;377:e069713. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3213855/
15. Kirk E, Condous G, Bourne T. The non-surgical management of ectopic pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol. 2023;41(4):431–438. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16374758/
16. Tipiani M, Elías M, Bocanegra M, Ponciano M. Tratamiento del embarazo ectópico implantado en cicatriz de cesárea: estudio de cohorte 2018-2022, Lima, Perú. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2023;74(2), 128-135. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342023000200128&script=sci_arttext
17. Farquhar C. Embarazo ectópico. Lancet. 2021;397(10280):904–914. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67103-6/fulltext
18. Malo E, Crespo A, Romero T, Gómez C, Uruñuela S, López M. Embarazo ectópico. Revista Sanitaria de Investigación. 2024;5(3), 277. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9452829
19. Ankum M, Mol W. Factores de riesgo de embarazo ectópico: metaanálisis. Fertil Steril. 2020;74(1):8–15. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8641479/

20. Flores A. Experiencia en el manejo del embarazo ectópico cornual. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2024;70(1). Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: ttps://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2601
21. Bouyer J, Coste J, Fernandez H. Sites of ectopic pregnancy: a ten-year population-based study. Hum Reprod. 2021;27(4):1222–1228. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12456628/
22. García M, Montaño A, de la Caridad M, Maytorena G, Bravo I, Caldiño F. Embarazo ectópico abdominal: reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Médica del IMSS. 2024;62(5). Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Maritza-Garcia-Espinosa/publication/384108447_Embarazo_ectopico_abdominal_reporte_de_caso_y_revision_de_la_literatura/links/66eaf2e019c9496b1fa7a7a8/Embarazo-ectopico-abdominal-reporte-de-caso-y-revision-de-la-literatura.pdf
23. Organización Mundial de la Salud. Embarazo ectópico: un indicador crítico para los servicios de salud reproductiva. Geneva: OMS; 2022. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539860/
24. Fernandez M, Pinillos M, Mires V, Urbina C. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea: reporte de un caso. Acta Médica Peruana. 2023;40(3), 252-255. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/966/96678952010/96678952010.pdf
25. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica: manejo de emergencias obstétricas y ginecológicas. Lima: MINSA; 2023. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352824-guia-tecnica-guias-de-practica-clinica-para-la-atencion-de-emergencias-obstetricas-segun-nivel-de-capacidad-resolutiva
26. Gutiérrez D, Peña M, Zevallos R. Embarazo ectópico cornual. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2024;50, e443-e443. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/443
27. Seguro Social de Salud del Perú. Informe técnico de vigilancia materna 2023. Lima: EsSalud. 2023. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/6670459-272-2025-minsa
28. Matute D. Actualización del diagnóstico y manejo del embarazo ectópico. [Tesis en Internet].: Universidad Católica de la Cuenca; 2023. Acceso 11 de abril de 2025.

Disponible en: https://dspace.ucacue.edu.ec/items/f4619dc4-74dd-4546-bb39-d2ce6cb945ab

29. Walker J. Ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2020;57(1):173–182. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.obgyn.theclinics.com/article/S0889-8545(22)00030-4/fulltext
30. Cabrera Y, Osorio A, Bermúdez A, Rosales E. Embarazo ectópico abdominal secundario. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2024;50, e448-e448. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/448
31. Cacciatore B, Ylostalo P. Early screening for ectopic pregnancy in high-risk symptom-free women. Lancet. 2021;353(9148):522–527. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7906763/
32. Barillas A. Caracterización clínica de pacientes con embarazo ectópico. Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI, 2024;8(2), 1-16. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://revistacunori.com/index.php/cunori/article/view/269
33. Bangsgaard N, Ottesen B, Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. BJOG. 2022;110(8):765–770. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12892689/
34. Organización Mundial de la Salud. Revisión clínica: mecanismos y manejo del embarazo ectópico. Geneva: OMS; 2023. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3213855/
35. Sánchez J, Ortega A. Análisis de los factores de riesgo y complicaciones del Embarazo Ectópico. [Tesis en Internet].: Universidad Nacional de Chimborazo; 2024. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/14101
36. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica: manejo de emergencias obstétricas y ginecológicas. Lima: MINSA; 2023. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352824-guia-tecnica-guias-de-practica-clinica-para-la-atencion-de-emergencias-obstetricas-segun-nivel-de-capacidad-resolutiva
37. Izquierdo R, Aguirre R, Juan G, Álvarez M, Hernández C, Aleiria J, Vera E. Embarazo ectópico intersticial roto. Agrupaciones federadas. 2024. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://casosclinicosdegom.org.mx/static/pdfs/2024-v1-n10/embarazo_ectopico_intersticial_roto_ccGOM10_24.pdf

38. Rivera C. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev Chil Obstet Ginecol. 2020. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600697
39. Rodríguez N, Mosquera D, Lescano H, Suárez E, López G. Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico. Journal of American Health, 6(1). Acceso 11 de julio de 2025. Disponible en: https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/159
40. Miranda A. Experiencia en la atención médica del embarazo ectópico en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima. Ginecol Obstet Mex. 2024;92(10):407-414. Acceso 11 de julio de 2025. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412024001000407
41. Argilagos G, Pavón I, Romero L, Guzmán N, López R. Estudio de los factores relacionados con el embarazo ectópico. Medisan. 2024;28(5). Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192024000500005
42. Paredes A. Factores asociados a embarazo ectópico recurrente, Hospital de Emergencias de Ate Vitarte 2022-2024. [Tesis en Internet].: Universidad Ricardo Palma; 2024. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/5bc3f82d-afdc-427a-a856-f3285d06791e
43. Ccorisoncco F. Factores epidemiológicos de riesgo en el embarazo ectópico en mujeres atendidas en el Hospital Vitarte 2020 – 2021. [Tesis en Internet].: Universidad Nacional Federico Villareal; 2024. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/items/991fb494-d528-4b5d-a487-f38bf82ecfb9
44. Mata C, Urbina N, Solís M. Embarazo cervical ectópico: factores de riesgo, criterios clínicos y diagnóstico en la literatura actual. Medisur. 2024;22(6). Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2024000600011&script=sci_arttext
45. Miranda A. Embarazo ectópico implantado en el ovario: serie de casos clínicos. 2024. Ginecol Obstet Mex. 2024;93(2):57-63. Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412025000200057

46. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018 Acceso 11 de abril de 2025. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Ecografía ginecológica

Paciente: MAM

Edad: 29 años

FUR: 17.08.2025

Motivo de examen: Control

Fecha del examen: 23.10.2025

Ecografía: Hemato AVF de aspecto regular, ecogenicidad homogénea de:

Diámetro longitudinal: 80 mm

Diámetro anteroposterior: 42 mm

Diámetro transverso: 51 mm

Endometrio: 10.4 mm (algo heterogéneo)

Ovario derecho: 28 x 17 mm. Con quiste paraovárico de 30 x 16 mm.

Ovario izquierdo: 30 x 27 mm. Con 2 folículos de menor de 4.9 mm, adyacente a este se observa tumoración heterogénea de 42 x 42 mm.

No líquido libre en cavidad.

Diagnóstico:

Retención de restos

Tumoración anexial izquierda

D/C embarazo ectópico

Anexo 2: Imagen de ecografía ginecológica

Paciente: MAM
Edad: 29 años
FUR: 17.08.2025
Motivo de examen: Control
Fecha del examen: 23.10.2025

Anexo 3: Cuadro resumen de resultados de exámenes solicitados

EXAMENES DE LABORATORIO: HEMATOLÓGICO	
FECHA	**17/10/2025**
Leucocitos (mm3)	6.8
Hematies	4.4
Hemoglobina (g/dL)	14.2
HTO (%)	41.7
Volumen corpuscular medio	93.6
Hemoglobina corpuscular media	32
Concentración media de hemoglobina corpuscular	34
Plaquetas (mm3)	332
Volumen plaquetario medio	7.2
IDE-SD	44.1
IDE-CV	13.0
NRBC%	0
NRBC#	0
Promielocitos%	0.00
Blastos%	0.00
Mielocitos%	0.00
Abastonados%	0.00
Segmentados%	54.1
Linfocitos%	37.8
Monocitos%	6.1
Eosinofilos%	1.9
Basofilos%	0.1
Formula Leucocitaria	100
FECHA	**17/10/2025**
GLUCOSA (mg/dl)	97
CREATININA (mg/dl)	0.70
Urea Serica (mg/dl)	19

Fuente: Historia Clínica

EXAMENES DE LABORATORIO: MUESTRA DE ORINA SIMPLE	
FECHA	**17/10/2025**
COLOR	-
pH	-
DENSIDAD	-
LEUCOCITOS	0-2 X C
PIOCITOS	--
HEMATIES	0-1 X C
BACTERIAS	ESCASAS
NITRITOS	-
CEL. EPITELIALES	10 -12X C
CILINDROS	**-**
CRISTALES	**URAT. AMORF 2++**

Fuente: Historia Clínica