

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Segunda Especialidad Alto Riesgo Obstétrico



**“EMBARAZO ECTÓPICO DE 08 SEMANAS EN CICATRIZ DE CESÁREA
PREVIA. HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO-
ESSALUD- SETIEMBRE 2021”**

Trabajo Académico presentado por la
Licenciada en Obstetricia:

**Mamani De Lama, Gresmely
Elizabeth**

Para optar el Título de:

**Segunda especialidad en Alto Riesgo
Obstétrico**

Asesora:

**Dra. Oviedo Tejada, Verónica
Flores**

Arequipa- Perú

2021

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA
Segunda especialidad Alto Riesgo Obstétrico

Arequipa, 14 de octubre del 2021

DICTAMEN DE TRABAJO ACADÉMICO

A : Dra. Jannet Escobedo Vargas
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE : Dra. Jannet Escobedo Vargas
Mg. Victoria Sotomayor Martínez
Mg. Marcos Herrera Cárdenas
Dictaminadores de Trabajo Académico

TITULO DE TRABAJO ACADÉMICO:

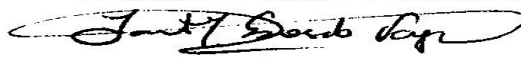
“EMBARAZO ECTÓPICO DE 08 SEMANAS EN CICATRIZ DE CESÁREA PREVIA. HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO- ESSALUD- SETIEMBRE 2021”

PRESENTADO POR:


Lic. Obstetricia: MAMANI DE LAMA, GRESMELY ELIZABETH

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado TRABAJO ACADEMICO, y luego de levantadas las observaciones se da el **DICTAMEN FAVORABLE**. Debiendo continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente.



Dra. Jannet Escobedo Vargas
Cod.0955



Mg. Victoria Sotomayor Martinez

Cod. 1550



Mg. Marcos Herrera Cárdenas

Cod.2767

Dedicatoria

A Dios por ser mi compañero fiel en cada reto que asumo como persona y profesional. A mi madre fuente de inspiración hoy y siempre, mujer luchadora y persistente, pilar fundamental de mi familia, quien supo ganar una de las más grandes batallas que azotó a toda la humanidad en la actualidad.



Epígrafe

“Por supuesto que tenemos que hacer un beneficio, pero tiene que ser a largo plazo, no sólo a corto plazo, y eso significa que debemos seguir invirtiendo en investigación y desarrollo.”

AKIO MORITA



ÍNDICE

<i>Dedicatoria</i>	3
<i>Epígrafe</i>	4
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I MARCO CONCEPTUAL	7
EMBARAZO ECTÓPICO	8
1. DEFICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA	8
2. ETIOLOGÍA	8
3. FACTORES DE RIESGO	9
4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	10
5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	10
6. DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO.....	11
7. TIPOS DE EMBARAZO ECTÓPICO	12
8. EXÁMENES AUXILIARES.....	18
9. TRATAMIENTO MÉDICO.....	18
10. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.....	19
11. PRONÓSTICO	20
12. PROTOCOLO DE ATENCIÓN SEGÚN CAPACIDAD RESOLUTIVA.....	20
CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO	22
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	23
1. ANAMNESIS.....	23
2. ENFERMEDAD ACTUAL.....	23
3. ANTECEDENTES	24
4. EXAMEN FÍSICO	27
5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.....	29
6. TRATAMIENTO	29
7. INDICACIONES.....	30
8. EXÁMENES AUXILIARES.....	30
9. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.....	31
CAPÍTULO III.....	33

DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXO	42
ANEXO N° 1: EXÁMENES DE LABORATORIO.....	42



RESUMEN

El embarazo ectópico es la causa más frecuente de mortalidad materna durante el primer trimestre de gestación, la cual se ha visto triplicada en los últimos 20 años sobre todo en países desarrollados, siendo este incremento diferente según países y regiones.

OBJETIVO: Determinar la aplicación de protocolos correspondientes para embarazo ectópico y analizar los factores de riesgo relacionados, con la finalidad de aportar nuevos conocimientos científicos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Es un estudio descriptivo, observacional, documental, transversal, donde se elaboró la historia clínica de una paciente con el diagnóstico de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa, atendida en el mes de setiembre 2021 en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo- EsSalud Arequipa.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 40 años de edad con diagnóstico de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea y diabetes mellitus no insulino dependiente que ingresa por el Servicio de emergencia de gineco obstetricia del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo- EsSalud el día 08 de setiembre del presente año a horas 21:19 por presentar dolor lumbar con extensión a abdomen inferior y refiere estar cursando una gestación de aproximadamente 8 semanas por prueba de gonadotropina coriónica humana cuantitativa en sangre realizada el 04 de setiembre del presente año con un resultado de 39 260 mUI/ml, con fecha de última menstruación: 14 de julio del 2021, sin inicio de atenciones prenatales. Se le realiza examen físico completo hallando abdomen blando depresible doloroso a la palpación en hipogastrio, al espéculo no sangrado en canal vaginal, ecografía obstétrica donde con un resultado de un útero de 118x78x96 mm miomatoso, endometrio de 22 mm a nivel de canal cervical cerca a cicatriz uterina imagen anecogénica de 15 mm de diámetro con reacción decidual, ovario derecho de 22x15 mm y ovario izquierdo de 22x14mm, resto del examen sin particularidades; se solicita exámenes de laboratorio e interconsulta a cardiología, pasa a hospitalización con un plan de trabajo de: Control de funciones vitales, diuresis y sangrado transvaginal, cloruro de sodio al 9/1000 pasar 20 gotas por minuto, metformina 01 tableta cada 8 horas vía oral y prueba de antígenos para descartar de COVID-19.

CONCLUSIONES: El presente caso clínico concluye con la hospitalización oportuna de una gestante de alto riesgo quien supo reconocer los signos de alarma durante el embarazo. El manejo de la paciente en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo-EsSalud fue de acuerdo a los protocolos de atención según corresponda su capacidad resolutive. Los factores de riesgo hallados en el caso clínico son los siguientes: diabetes mellitus no insulino dependiente, obesidad, no inicio de atenciones prenatales, mal antecedente obstétrico. En cuanto al pronóstico se evidencia que es bueno ya que se encuentra monitorizada al momento de la realización del caso clínico y presenta una evolución favorable con el plan de trabajo elaborado para ella.

PALABRAS CLAVE: Embarazo Ectópico, Cicatriz, Cesárea.



ABSTRACT

Ectopic pregnancy is the most frequent cause of maternal mortality during the first trimester of gestation, which has tripled in the last 20 years, especially in developed countries, this increase being different according to countries and regions.

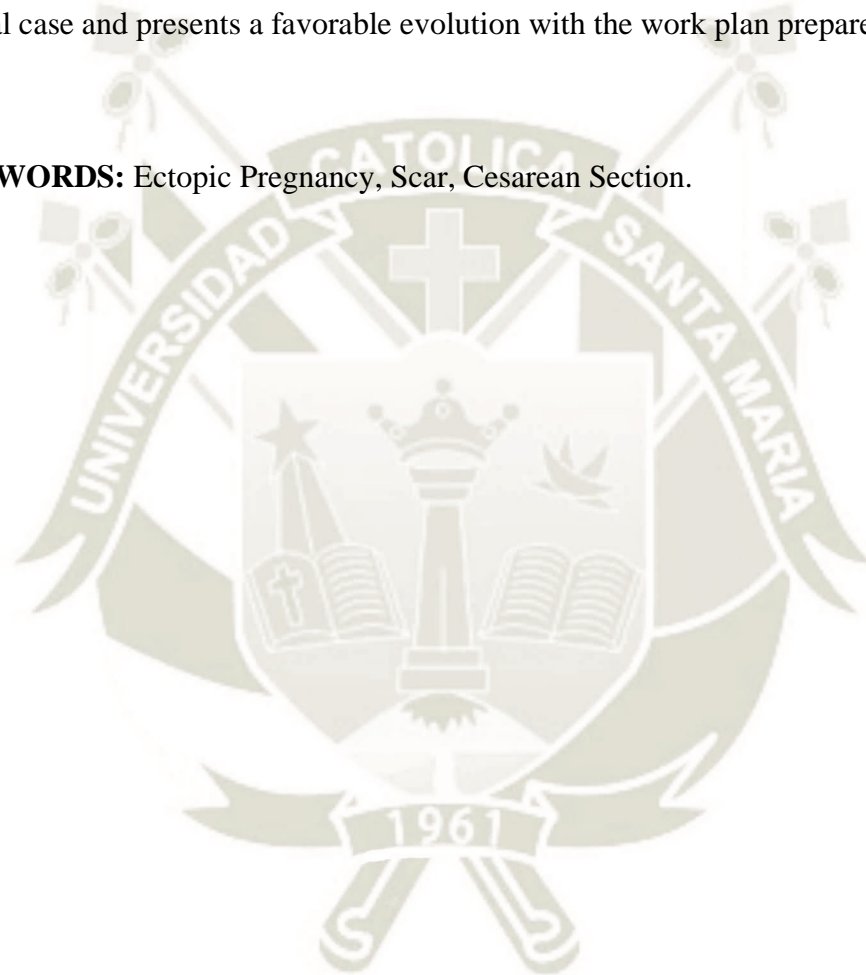
OBJECTIVE: To determine the application of corresponding protocols for ectopic pregnancy and to analyze the related risk factors, in order to provide new scientific knowledge.

MATERIALS AND METHODS: It is a descriptive, observational, documentary, cross-sectional study, where the clinical history of a patient with the diagnosis of ectopic pregnancy in a previous cesarean section scar, attended in September 2021 at the Carlos Alberto Seguí National Hospital was prepared. Escobedo- EsSalud Arequipa.

CLINICAL CASE: Female patient with a diagnostic of ectopic pregnancy in a cesarean section scar and non-insulin-dependent diabetes mellitus who was admitted by the emergency obstetric gynecological service of the Carlos Alberto Seguí Escobedo-EsSalud Hospital on day 08 is presented. September of this year at 21:19 hours due to lumbar pain with extension to the lower abdomen and refers to being in a gestation of approximately 8 weeks by a quantitative human chorionic gonadotropin test in blood carried out on September 4 of this year with a result of 39,260 mIU / ml, with the date of the last menstruation: July 14, 2021, without the start of prenatal care. A complete physical examination was performed, finding depressible soft abdomen painful on palpation in the hypogastrium, the speculum did not bleed in the vaginal canal, obstetric ultrasound where with a result of a uterus of 118x78x96 mm myomatous, endometrium of 22 mm at the level of the cervical canal close to the 15 mm diameter anechoic uterine image scar with decidual reaction, 22x15 mm right ovary and 22x14mm left ovary, rest of the examination without particularities; laboratory tests and cardiology consultation are requested, he goes to hospitalization with a work plan of: Control of vital functions, diuresis and transvaginal bleeding, sodium chloride at 9/1000 pass 20 drops per minute, metformin 01 tablet every 8 hours orally and antigen test to rule out COVID-19.

CONCLUSIONS: The present clinical case concludes with the timely hospitalization of a high-risk pregnant woman who was able to recognize the warning signs during pregnancy. The management of the patient at the Carlos Alberto Segúin Escobedo-EsSalud National Hospital was in accordance with the care protocols as appropriate for her resolving capacity. The risk factors found in the clinical case are the following: non-insulin-dependent diabetes mellitus, obesity, failure to initiate prenatal care, poor obstetric history. Regarding the prognosis, it's evident is good since, she's monitored at the time of the clinical case and presents a favorable evolution with the work plan prepared for it.

KEY WORDS: Ectopic Pregnancy, Scar, Cesarean Section.



INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la causa más frecuente de mortalidad materna durante el primer trimestre de gestación, siendo la implantación del blastocisto fuera del endometrio de la cavidad uterina. y se da cuando la gestación no se localiza en cavidad endometrial. Representa el 2% de las gestaciones durante el primer trimestre.

Según las guías NICE 2012, 11 de cada 1000 gestaciones son ectópicas siendo la localización más frecuente, en el 95% de casos, la tubárica, concretamente en la región ampular (80%). El 5% restante tienen un origen no tubárico. Las 6 principales localizaciones de las gestaciones ectópicas no tubáricas son: cervical, intersticial, cornual, sobre cicatriz de cesárea (cesarean scar pregnancy (CSP)), ovárica y abdominal (1).

El embarazo ectópico sobre todo los no tubáricos a menudo se pasan por alto o se llegan a diagnosticar tardíamente y por ello se asocian a una mayor morbi- mortalidad materna.

El embarazo ectópico no tubárica es una afección rara sin embargo potencialmente mortal, comúnmente mal diagnosticada. Especialmente los embarazos ectópicos en cicatriz de cesárea, cuya prevalencia está aumentando debido a la creciente proporción de cesáreas en mujeres.

El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea se define como el embarazo incluido en el miometrio de la cicatriz de una cesárea previa (2). El primer caso descrito en la literatura médica fue en 1978, por Larsen y Solomon, el cual fue manejado con histerectomía (3). La incidencia de embarazo en cicatriz de cesárea en mujeres con una cesárea previa fue del 0,15% (12/7.980) y en mujeres con una cesárea anterior y antecedente de embarazo ectópico la incidencia fue 6,1% (12/198) (1).

Frente a esta creciente modalidad de presentación de embarazo ectópico es necesario trabajar en la salud reproductiva de las mujeres y disminuir la incidencia de cesárea electiva realizándola sólo en caso sea necesario priorizando así el parto vaginal disminuyendo riesgos obstétricos en el parto y futuras gestaciones.

El presente trabajo académico realizado en una paciente del Servicio de Gineco obstetricia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo tiene como objetivo determinar si la atención brindada a la gestante con diagnóstico de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa es llevada a cabo bajo los protocolos correspondientes y se analiza los

factores de riesgo de la paciente tales como la diabetes mellitus no insulino dependiente y mal antecedente obstétrico entre sus principales factores; se evidenció un tratamiento médico con metotrexate el cual es muy efectivo para el tipo de paciente que se presenta; con un pronóstico bueno y evolución favorable.

La estructura del estudio constó de un marco conceptual, marco metodológico donde se desarrollará el caso clínico realizando el análisis correspondiente y discusión.





CAPÍTULO I MARCO CONCEPTUAL

EMBARAZO ECTÓPICO

1. DEFICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

El embarazo ectópico es la gestación que no se localiza en cavidad endometrial. Representando el 2% de las gestaciones durante el primer trimestre. Según las guías NICE 2012, 11 de cada 1000 gestaciones son ectópicas siendo la localización más frecuente, en el 95% de casos, la tubárica, concretamente en la región ampular (80%). El 5% restante tienen un origen no tubárico. Las 6 principales localizaciones de las gestaciones ectópicas no tubáricas son: cervical, intersticial, cornual, sobre cicatriz de cesárea (cesarean scar pregnancy (CSP)), ovárica y abdominal (1).

Después de la fecundación y el tránsito por las trompas de Falopio, lo normal es que el blastocisto se implante en el recubrimiento endometrial de la cavidad uterina, si se da en otro cualquier otro sitio se considera ectópico y representa el 1 a 2% de todos los embarazos en el primer trimestre en los Estados Unidos. Esta pequeña proporción causa una cifra desproporcionada del 6% de todas las muertes relacionadas con el embarazo (Berg, 2010; Stulberg, 2013). Además, la probabilidad de un embarazo exitoso subsiguiente se reduce después de un embarazo ectópico. Por fortuna, las pruebas para gonadotropina coriónica humana β (β -hCG) en orina y suero, y la ecografía transvaginal hicieron posible el diagnóstico inmediato. Como resultado, mejoraron las tasas de supervivencia y la conservación de la capacidad reproductiva (3).

2. ETIOLOGÍA

La implantación embrionaria en los humanos, requiere que se expresen múltiples factores, mucho de ellos aún no esclarecidos del todo.

En la trompa de Falopio, suceden múltiples eventos embrionarios y cambios en el micro ambiente donde se llevará a cabo el desarrollo el embrión, así como en la dirección ciliar y contractilidad muscular.

Un embarazo tubárico (el tipo más frecuente de embarazo ectópico) sobre todo en la región de la ampolla ocurre cuando un óvulo fecundado queda atrapado en la trompa de Falopio mientras se dirige al útero, a menudo, debido a que estas están dañadas por inflamación o malformación.

Los desequilibrios hormonales o el desarrollo anormal del óvulo fecundado también pueden intervenir.

Se ha descrito como factores independientes que incrementan el riesgo de embarazo ectópico a la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), el embarazo tubárico previo, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y la cirugía tubárica previa (4).

El embarazo heterotópico es cuando se presenta dos o más puntos de implantación, es infrecuente, solo 1/4000 embarazos normales. Aumenta 1/1000 después de una fecundación in vitro (FIV) (5).

3. FACTORES DE RIESGO

En la práctica clínica no todas las mujeres presentan alguno de los factores que se mencionarán posteriormente, pero existen estudios clínicos que demuestran mayor incidencia si están presentes.

Algunos de los factores que aumentan las probabilidades de embarazo ectópico son los siguientes:

- Un embarazo ectópico anterior. Si anteriormente se tuvo este tipo de embarazo, existen más probabilidades de que tenga otro.
- Inflamación o infección. Las infecciones de transmisión sexual, como la gonorrea o la clamidia, pueden provocar la inflamación de las trompas y otros órganos cercanos, y aumentar el riesgo de tener un embarazo ectópico.
- Tratamientos de fertilidad. Algunas investigaciones indican que las mujeres que se someten a fertilización in vitro o tratamientos similares tienen más probabilidades de tener un embarazo ectópico. La misma infertilidad también puede aumentar el riesgo.
- Cirugía tubárica. La cirugía para corregir las trompas de Falopio cerradas o dañadas puede aumentar el riesgo de un embarazo ectópico.
- Elección de un método anticonceptivo. La probabilidad de quedar embarazada mientras se usa un dispositivo intrauterino (DIU) es reducida. Sin embargo, si se queda embarazada mientras se tiene un DIU, lo más probable es que sea un embarazo ectópico. La ligadura de trompas, un método anticonceptivo permanente también aumenta el riesgo si se queda embarazada después de este procedimiento.

- Tabaquismo. Fumar cigarrillos antes de quedar embarazada puede aumentar el riesgo de un embarazo ectópico. Cuanto más se fume, mayor el riesgo (6).
- Edad mayor a 40 años, más de 5 parejas sexuales a lo largo de la vida (5).

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es importante saber que en un embarazo ectópico a menudo los síntomas y signos de embarazo son sutiles o inexistentes.

- Se puede presentar dolor en la zona inferior del abdomen en el lado afectado. Se puede presentar dolor en forma de cólico (Signo de Martín) en caso de un embarazo ectópico localizado en trompa el cual se irradiará hacia la pelvis y coincide casi siempre con la metrorragia (9).
- Hemorragia vaginal.
- Solo el 75% desarrolla una hipersensibilidad manifiesta. Puede manifestarse con dolor, mareo y síncope (5).

También hay que tener en cuenta en qué estado se encuentra el embarazo ectópico para conocer sus manifestaciones clínicas:

- Embarazo Ectópico roto: distensión abdominal, sangrado transvaginal escaso, dolor al movilizar cuello uterino y útero, masa anexial (por clínica o ultrasonido), sangre libre en cavidad abdominal, fondo de saco posterior muy doloroso haciendo insoportable el tacto vaginal en la paciente.
- Embarazo Ectópico no roto: amenorrea (generalmente de 5 semanas), síntomas similares a un embarazo inicial como: náuseas, congestión de mamas, pigmentación azulada de vagina y cuello uterino, mayor frecuencia urinaria.

5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Es muy inespecífica ya que suele manifestarse en forma de amenorrea, sangrado vaginal y dolor abdominal en el primer trimestre de la gestación. Aproximadamente en el 10% los síntomas son casi ausentes. En los casos de gestación ectópica accidentada, suele aparecer sintomatología de distensión abdominal, peritonismo, hemoperitoneo o shock hemorrágico (7).

Es necesario la toma de una prueba de sub- unidad beta- cuantitativa de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG). En los embarazos intrauterinos de mal pronóstico y en los ectópicos no se observa la progresión normal de la β -hCG. La ausencia de una gestación intrauterina con concentraciones de β -hCG superiores a 1500 mUI/mL es compatible con embarazo ectópico (8).

6. DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO

La ecografía transvaginal es el método más sensible para el diagnóstico precoz de la gestación ectópica con una sensibilidad del 87-99% y una especificidad del 94-99% según varios estudios.

La resolución del ecógrafo, experiencia del ecografista, índice de masa corporal elevado o presencia de miomas y/o patología ovárica puede disminuir su precisión diagnóstica. El diagnóstico de embarazo ectópico se realiza por la visualización extrauterina de un saco gestacional con vesícula vitelina y/o embrión con o sin latido cardíaco (20% de los casos) (7).

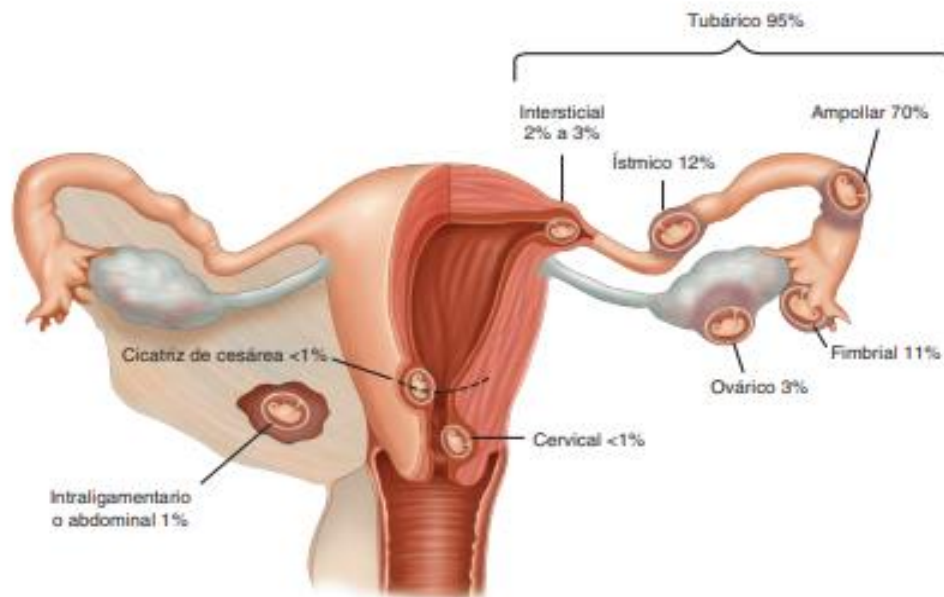
En el presente caso clínico se evidenció un embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa por ello es importante conocer sus criterios para diagnóstico.

El diagnóstico con ultrasonido del embarazo implantado en la cicatriz de cesárea fue descrito recientemente y requiere los siguientes criterios:

- Útero vacío con endometrio claramente visualizado.
- Canal cervical vacío sin saco gestacional que lo ocupe o que abombe hacia este.
- Saco gestacional con signo del doble anillo en la parte anterior de la porción ístmica del útero.
- Saco gestacional con o sin actividad cardíaca, incluido en y rodeado por miometrio y separado de la cavidad endometrial (2).

7. TIPOS DE EMBARAZO ECTÓPICO

FIGURA N°1: TIPOS DE EMBARAZO ECTÓPICO



Sitios de implantación de 1800 embarazos ectópicos de un estudio poblacional de 10 años. (Datos de Callen, 2000; Bouyer, 2003.)

FUENTE: Cunningham, FG, Larry C Gilstrap, III, Hauth, JC, Leveno, KJ, Wenstrom, KD y Gant, NF (2015). *Williams Obstetricia*. (24ª ed.). México. Editorial MC GRALL HILL (3).

- a. **Gestación Tubárica:** se da en el 95% de los embarazos ectópicos y se implantan en cualquier segmento de la trompa de Falopio, clasificándolos en: fimbriales, ampollares, ístmicos o intersticiales; siendo la zona más frecuente la ampolla seguida del istmo. El aborto es frecuente en caso sea implantado en la zona fimbrial o ampollar mientras que la rotura es más propia del istmo.
Para el tratamiento de la gestación tubárica lo más importante es realizar el diagnóstico precozmente, a fin de reducir el riesgo de rotura tubárica y mejorar los resultados de un tratamiento conservador.
- b. **Gestación Intersticial:** Es la gestación ectópica no tubárica más frecuente (1-11%). Se define cuando la gestación se implanta en la unión entre el intersticio de la trompa de Falopio y el miometrio. En los casos que se localice en un útero bicorne o en el cuerno rudimentario de un útero unicornio hablaremos de gestación ectópica cornual. Asociada a una alta mortalidad materna (20% de las muertes maternas secundarias a gestaciones ectópicas). Tiene gran capacidad de crecer antes de que se produzca la

rotura por lo que se han descrito casos asintomáticos hasta la semana 16 de gestación, pero suele diagnosticarse de forma más temprana, entre las 6-8 semanas. El factor de riesgo más asociado es el antecedente de salpingectomía previa siendo el muñón tubárico el lugar de implante más frecuente de la gestación ectópica intersticial (7).

- c. **Gestación Cervical:** es el que se ubica en el cérvix uterino, son muy raras y constituyen el <1% del total de gestaciones ectópicas. La proximidad entre las arterias uterinas y el cérvix, y la potencial invasión de las mismas por el trofoblasto hace que sean consideradas gestaciones ectópicas de muy alto riesgo de sangrado. El principal riesgo es el antecedente de legrado aspirativo, que se ha asociado hasta en un 70% de los casos (7).

Su diagnóstico generalmente es ecográfico donde se observará:

- Imagen cervical sospechosa (masa hemorrágica, saco gestacional o embrión).
- Un útero en forma de reloj de arena.
- Cérvix dilatado o en forma de barril.
- Ausencia de "Sliding sign": a la presión del cérvix con la sonda ecográfica transvaginal el saco gestacional no se desplaza respecto al cérvix, hecho que si se produciría en el caso de un aborto en curso (7).

- d. **Gestación sobre cicatriz de cesárea:** se define como un embarazo incluido en el miometrio de la cicatriz de una cesárea previa (2).

Las gestaciones ectópicas en cicatriz de cesárea (CSP) son extremadamente raras, representan un 0.4% de las gestaciones y constituyen el 6% del total de gestaciones ectópicas en pacientes con antecedente de una cesárea previa. Constituyen una patología continua que va desde la gestación con implantación sobre una cicatriz correctamente cicatrizada (CSP superficial) hasta aquellas implantadas en una cicatriz dehiscente ("niche") (CSP profunda) cuyo pronóstico es peor que las que se insertan sobre la cicatriz (7).

FIGURA N°2: CICATRIZ DE CESÁREA

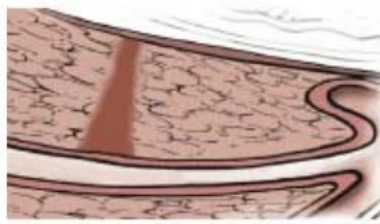


Imagen cicatriz cesárea bien cicatrizada.



CSP superficial: placenta implantada sobre una cicatriz correctamente cicatrizada

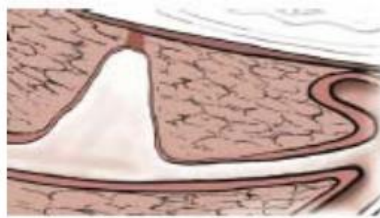


Imagen cicatriz cesárea dehiscente ("niche")



CSP profunda: placenta implantada en el "niche"

FUENTE: Embarazo Ectópico. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. [Consultado el 13 de setiembre del 2021] Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/gestacion-ectopica.html> (7).

Así mismo aparte del antecedente de cesárea, los factores de riesgo asociados son: la extracción manual de placenta, adenomiosis, miomectomía, síndrome de Asherman, fertilización in vitro, enfermedades sistémicas que producen flujo sanguíneo deficiente, embarazos con intervalos cortos (< 1 año), enfermedades del tejido conectivo y el legrado aspirativo; en este tipo de gestaciones su historia natural es la evolución al acretismo placentario en cualquiera de sus variedades y la posible infiltración de la placenta representa un riesgo vital importante que puede provocar una complicación obstétrica tal como una hemorragia severa (shock hipovolémico) y rotura uterina.

Los principales objetivos del manejo clínico de la CSP deben ser la prevención de la pérdida masiva de sangre y conservar el útero para mantener una mayor fertilidad, la salud y calidad de vida de la mujer.

Para su diagnóstico mediante ecografía hallamos:

- Una cavidad uterina y canal endocervical vacíos.

- Se visualiza presencia de placenta y/o saco gestacional implantados en cicatriz de cesárea.
- Ausencia o fina capa (1 a 3 mm) de miometrio entre saco gestacional y la vejiga.
- Presencia de vascularización aumentada alrededor o en la zona de la cicatriz de cesárea previa.
- A edades gestacionales precoces, entre las 5 a 10 semanas, la gestación ectópica en cicatriz de cesárea puede confundirse con una gestación intrauterina normal de implantación baja (IUP). Para su diagnóstico diferencial en estos casos TIMOR-TRITSCH sugiere:
 - Medir el tamaño del útero (mm) en un corte sagital (desde el OCE del cérvix al fundus) (distancia A). El punto medio uterino es el punto M ($M = A/2$).
 - Si el saco gestacional se localiza entre el punto M y el fundus uterino es sugestivo de IUP y se localiza entre M y el cérvix sugestivo CSP (10).

FIGURA N°3: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

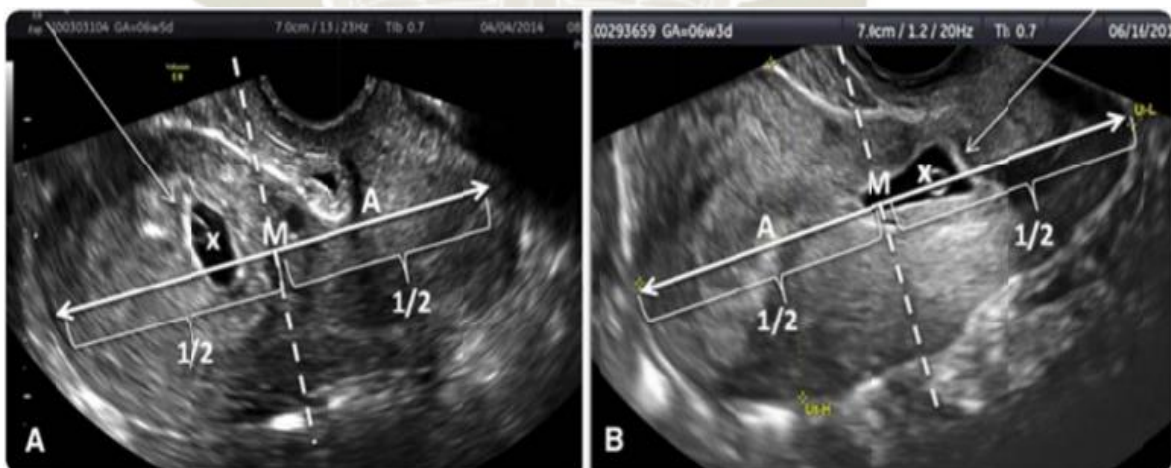


Imagen A: IUP. Imagen adaptada de Timor-Tritsch et al. Am J Obstet Gynecol 2016; 215:225.

Imagen B: CSP. Imagen adaptada de Timor-Tritsch et al. Am J Obstet Gynecol 2016; 215:225.

FUENTE: Zosmer N, et al. Natural history of early first-trimester pregnancies implanted in Cesarean scars. Ultrasound Obstet Gynecol 2015; 46: 367-375.

Dentro del manejo del embarazo ectópico en cicatriz de cesárea, se han utilizado una gran variedad de intervenciones como utilización de

metotrexate (MTX), cloruro de potasio (CIK), resección laparoscópica y laparotomía; esto depende del estado clínico, la edad gestacional, el parámetro de la neovascularización uteroplacentaria y la preferencia de la paciente (11).

- e. **Gestación Ovárica:** Las gestaciones ectópicas ováricas se dan en 1-6% de las gestaciones ectópicas y se manifiestan clínicamente con dolor abdominal unilateral y metrorragia. Están altamente vascularizadas y 1/3 debutan con hemoperitoneo. El principal factor de riesgo es la endometriosis.

Los factores de riesgo asociados son el uso de dispositivo intrauterino (DIU), cirugía pélvica laparoscópica, endometriosis, síndrome de ovario poliquístico, historia de esterilidad, uso de técnicas de reproducción asistida y malformaciones uterinas (12).

El tratamiento de elección es intentar la preservación de tejido ovárico para mantener la fertilidad mediante la enucleación del saco gestacional o la resección en cuña del ovario, preferiblemente por vía laparoscópica. En algunos casos el tratamiento con metotrexate intramuscular puede ser efectivo (13).

- f. **Gestación Abdominal:** Las gestaciones ectópicas abdominales son las más raras aconteciendo en 0,9-1,4% de todas las gestaciones ectópicas y se producen cuando la gestación se implanta en el abdomen, incluyendo omento, hígado, bazo, intestino, fondo de saco de Douglas y otras estructuras intraabdominales. Con una incidencia de 1/10000 partos.

La viabilidad de la gestación va a depender del lugar de implantación. No obstante, está descrita un porcentaje de mortalidad materna alto (20%) con complicaciones graves como hemoperitoneo, coagulación intravascular diseminada, obstrucción intestinal. No existe consenso sobre el manejo de este tipo de gestaciones. Algunos autores sugieren, en caso de viabilidad de la gestación, adoptar una conducta conservadora hasta semana 34-36 de gestación (habiendo informado a la paciente de los riesgos). Existen otros autores que sugieren administrar MTX dejando el lecho placentario y añadiendo KCl en caso de embriocardio positivo. En nuestro caso se individualizará la actitud médica (1).

La supervivencia del embarazo se relaciona con el sitio de implantación, dado que frecuentemente involucra grandes vasos y órganos vitales, los que pueden romperse y producir importantes hemorragias. Por lo que la mortalidad materna es alta (7,7 veces mayor a EE tubárico y 90 veces mayor que el intrauterino) (14).

Los síntomas de presentación más comunes incluyen dolor abdominal, movimientos fetales dolorosos, sangrado vaginal, náuseas y vómitos (1)(14). Al examen físico, el útero no será palpable.

El diagnóstico se puede realizar mediante una imagen de rayos X abdominal, US o laparoscopia exploratoria. La tomografía computada y resonancia magnética son útiles para confirmar el diagnóstico, y distinguir las relaciones anatómicas, conexiones vasculares potenciales y evaluación del sitio placentario (1).

Los criterios ecográficos para establecer el diagnóstico son: ausencia de un saco gestacional intrauterino, ausencia de trompa dilatada o imagen anexial compleja, saco gestacional rodeado de asas intestinales y separado de ellas por peritoneo con movilidad amplia similar a la fluctuación del saco, particularmente evidente al presionar el fondo de saco con el transductor (1) (15).

g. Gestación heterotópica: es la gestación que incluye una gestación intrauterina y una ectópica, el tratamiento de elección dependerá de la viabilidad de las gestaciones. -

- Intrauterina no viable + ectópica (tubárica o no tubárica): Se realizará un legrado aspirativo de la gestación intrauterina además del tratamiento específico de la gestación ectópica en función de su localización.
- Intrauterina viable: o + gestación ectópica tubárica: salpinguectomía
o + gestación ectópica no tubárica viable: se realizará la punción intrasacular de KCl en el saco de la gestación ectópica para conseguir la asistolia cardíaca. En estos casos estará contraindicada la administración de MTX. o + ectópica no tubárica no viable: se planteará una conducta expectante con seguimiento clínico.

8. EXÁMENES AUXILIARES

- De patología clínica
 - Dosaje de subunidad beta de gonadotrofinas coriónicas humana HCG, en cantidad mayor de 1,500 UI/ml y ausencia de saco intrauterino en la ecografía transvaginal.
 - Dosaje de subunidad beta HCG que cada tercer día no se duplica como sucede en un embarazo normal.
- De imágenes
 - La ecografía revela útero con decidua hiperplásica. También se puede observar masa anexial y eventualmente saco gestacional fuera de la cavidad uterina y líquido (sangre) en el fondo de saco, en caso de complicación (16).

9. TRATAMIENTO MÉDICO

Se puede optar por el tratamiento médico si se reúnen todas las condiciones siguientes:

- Pacientes asintomáticas, o con sintomatología mínima.
- β -hCG <3.000 UI/L
- Masa anexial <4cm, y/o hemoperitoneo <100 cc.
- Ausencia de latido cardiaco.
- Facilidad para el control ambulatorio.

El metotrexate es un antagonista del ácido fólico. Se une con firmeza con la dihidrofolato reductasa, lo que bloquea la reducción del dihidrofolato en tetrahidrofolato, que es la forma activa del ácido fólico. Esto detiene la síntesis de purinas y pirimidinas nuevas, lo que pausa la síntesis de DNA, RNA y proteína. Por lo tanto, el metotrexate es muy efectivo contra el tejido de proliferación rápida, como el trofoblasto; con este fármaco se alcanzan tasas de resolución del embarazo cercanas al 90%. Sin embargo, también daña la médula ósea, la mucosa gastrointestinal y el epitelio respiratorio. Tiene efecto tóxico en los hepatocitos y se excreta por vía renal. Un dato importante es que el metotrexate un teratógeno potente y la embriopatía por metotrexate es notable por alteraciones craneofaciales y esqueléticas, además de restricción del crecimiento fetal (Nurmohamed, 2011). Además, el metotrexate se excreta en la leche materna y puede acumularse en los tejidos neonatales, lo que interfiere con el metabolismo celular neonatal (American

Academy of Pediatrics, 2001; Briggs, 2011). El metotrexate se une sobre todo con albúmina, y su desplazamiento de ésta por otros fármacos como el difenilhidantoinato, tetraciclinas, salicilatos y sulfonamidas aumenta la concentración sérica de metotrexate. Además, la eliminación renal de metotrexate se altera por los antiinflamatorios no esteroideos, probenecid, ácido acetilsalicílico y penicilinas (Stika, 2012). Por último, las formulaciones de vitaminas que contienen ácido fólico reducen la eficacia del metotrexate (3).

FIGURA N°3: CUADRO DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO MÉDICO PARA EE

CUADRO 19-2. Protocolos de tratamiento médico para embarazo ectópico

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

BSA, área de superficie corporal; β -hCG, gonadotropina coriónica humana β ; MTX, metotrexato; NA, no aplicable.
Tomado de American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012; Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine, 2013.

FUENTE: Cunningham, FG, Larry C Gilstrap, III, Hauth, JC, Leveno, KJ, Wenstrom, KD y Gant, NF (2015). *Williams Obstetricia*. (24ª ed.). México. Editorial MC GRALL HILL. Pág 384.

10. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Aunque no existen evidencias de su eficacia, en pacientes que deseen conservar su fertilidad, es aconsejable agotar los tratamientos menos agresivos. Si el diagnóstico es precoz, los métodos de ablación selectiva, como resección por histeroscopia, electrocoagulación bipolar o monopolar, láser o aspiración, parecen dar buenos resultados con pocas complicaciones. Doubilet publica una revisión de 27 casos, 18 de

ellos cervicales, 6 cornuales y 2 en cicatriz de cesárea resueltos favorablemente por instilación de CIK guiados por ecografía transvaginal (17).

La salpingostomía y la salpingectomía son dos cirugías laparoscópicas utilizadas para tratar algunos embarazos ectópicos. En estos procedimientos, se hace una pequeña incisión en el abdomen, cerca o en el ombligo. A continuación, el médico utiliza un tubo delgado con una lente de cámara y una luz (laparoscopia) para observar la zona de las trompas.

En una salpingostomía, se remueve el embarazo ectópico y se deja que la trompa se cure sola. En una salpingectomía, se remueven el embarazo ectópico y la trompa.

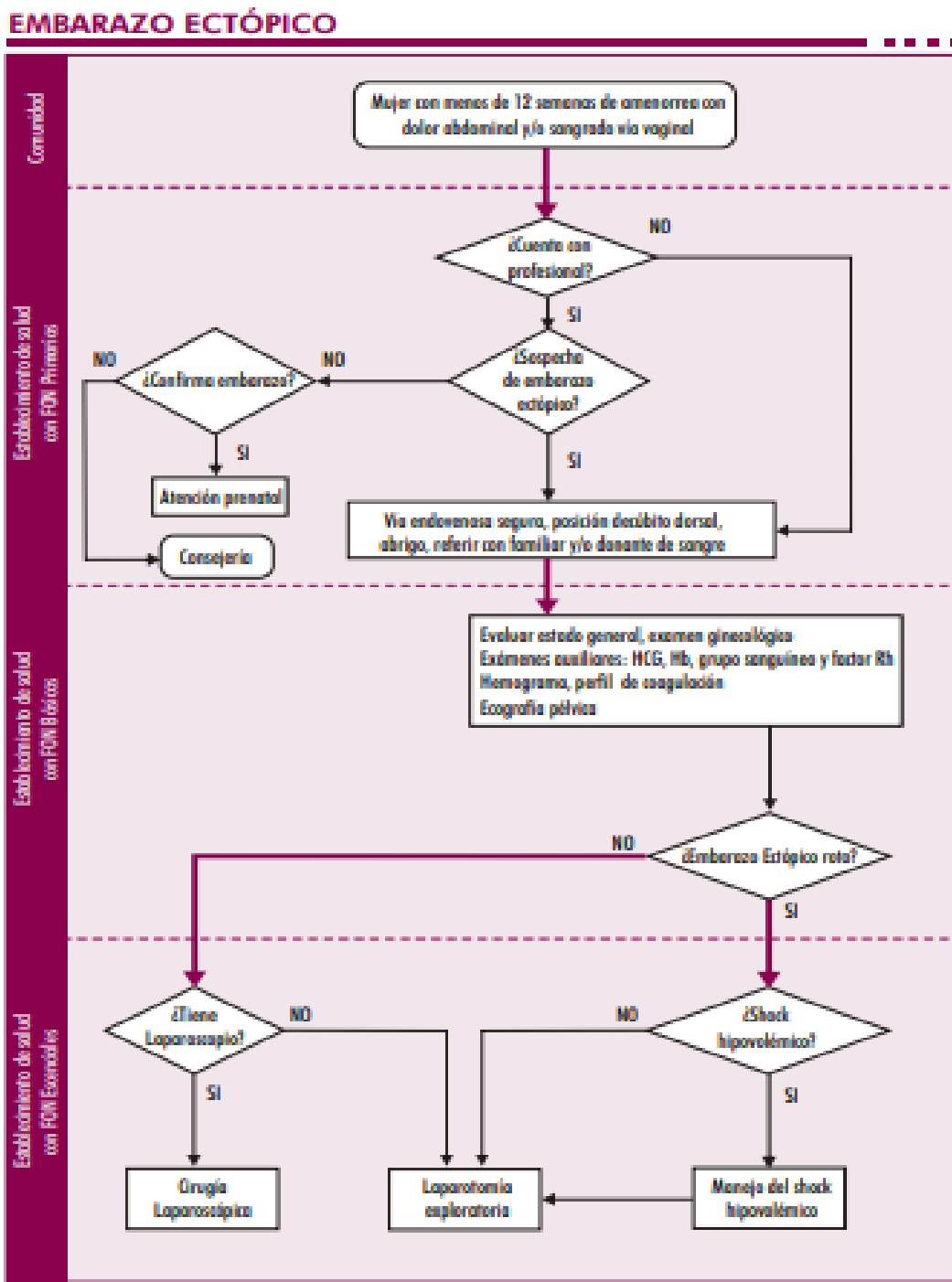
El procedimiento a realizar dependerá de la cantidad de sangrado y daño, y si las trompas se rompieron. También es un factor si tu otra trompa de Falopio es normal o muestra signos de daño previo (6).

11. PRONÓSTICO

El embarazo ectópico es fatal para el embrión, sin embargo, para la madre si se diagnostica y trata tempranamente, el deceso es muy poco probable. En los Estados unidos, el embarazo ectópico posiblemente es responsable del 9% de las muertes en relación con el embarazo.

12. PROTOCOLO DE ATENCIÓN SEGÚN CAPACIDAD RESOLUTIVA

FIGURA N°4: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN MINSA PARA EMBARAZO ECTÓPICO



FUENTE: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007. 30 p.; ilus [Consultado el 13 de setiembre del 2021]
Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf



CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

1. ANAMNESIS

a. Filiación

- **Nombre (iniciales):** AES
- **Edad:** 40 años
- **Fecha de nacimiento:** 18/05/1981
- **Sexo:** Femenino
- **Estado civil:** Casada
- **Religión:** católica
- **Idioma:** castellano
- **Grado de instrucción:** Superior universitaria completa (Docente educación Primaria)
- **Ocupación actual:** directora en Institución Educativa
- **Lugar de nacimiento:** Arequipa
- **Dirección:** Pedro Diez Canseco Mz. A Lt. 16- José Luis Bustamante y Rivero
- **Procedencia:** Arequipa
- **Fecha de ingreso:** 08/09/2021
- **Fecha de elaboración:** 13/09/2021
- **Informante:** Paciente
- **Tipo de Anamnesis:** Directa
- **Número de Historia Clínica:** 456343

2. ENFERMEDAD ACTUAL

- **Tiempo de enfermedad:** 7 días.
- **Síntomas principales:** Presento dolor lumbar con irradiación a vientre bajo.

2.1. Relato de la Enfermedad Actual:

Paciente refiere que el día 08 de setiembre del presente año a horas 21:19 presentó dolor lumbar de leve intensidad con irradiación a hipogastrio además de ello cuenta con prueba cuantitativa de β -hCG realizada el 04/09/2021 con resultado de 39 260 mUI/ml , apersonándose al servicio de emergencia de gineco obstetricia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, donde se procede a toma de

Ecografía con hallazgo: útero de 118x78x96 mm miomatoso, endometrio de 22 mm a nivel de canal cervical cerca a cicatriz uterina imagen anecogénica de 15 mm de diámetro con reacción decidual. Ovario derecho de 22mm x 15 mm Ovario izquierdo de 22mm x 14 mm, confirmado el diagnóstico de Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa de 8 semanas, diabetes mellitus no insulino dependiente.

Plan de Trabajo:

- Hospitalización.
- Control de funciones vitales.
- Control de diuresis.
- Control de sangrado vaginal.
- CIna 9/1000 cc 20 gotas por minuto.
- Metformina de 850 mg 01 tableta c/8 horas Vía oral.
- Interconsulta a Cardiología.
- Prueba de antígenos COVID-19: No reactivo.

2.2 Funciones biológicas:

- **Orina:** Turbia, fétida.
- **Heces:** Conservado
- **Sueño:** Conservado
- **Sed:** Conservado
- **Apetito:** Conservado

3. ANTECEDENTES

3.1 Personales

- **Fisiológicas:** presento un desarrollo normal, las inmunizaciones son completas durante su niñez, así como también el desarrollo psicomotor.

3.2 Patológicos

- Enfermedades virales: Niega
- Enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus no insulino dependiente (2005) tuvo antecedente en segundo embarazo de polineuropatía por diabetes no controlada la cual no fue confirmada hasta el momento.

- Cirugías: salpingectomía derecha (2007) por embarazo ectópico tubárico, cesárea por enfermedad hipertensiva del embarazo + macrosomía fetal (2014), cesárea por óbito fetal (2018), colecistectomía (2019), legrado uterino por aborto incompleto (2020).

- Alergias: Niega.

- Transfusiones: Niega.

- Medicación: refiere durante el embarazo recibió tratamiento de Diabetes.

3.4 Gineco obstétricos:

- **Menarquia:** 11 años.

- **Inicio de relaciones sexuales:** 18 años.

- **Parejas sexuales:** 3 parejas.

- **Régimen catamenial:** 4/30.

- **Dismenorrea:** No.

- **Métodos anticonceptivos:** Inyectable mensual, ritmo.

- **Infecciones ginecológicas:** niega.

- **Fórmula Obstétrica**

G: 5 P: 1131

- Nro. de gestaciones: 5
- Nro. de partos a término: 1
- Nro. de partos prematuros: 1
- Nro. de gestaciones frustras: 3 (2 ectópico, 1 aborto incompleto)
- Nro. de hijos vivos: 1
- Nro de hijos muertos: 0
- Nro. Cesáreas: 2

- **Examen de mamas:** Ninguno

- **PAP:** 2019 negativo.

3.4.1 Embarazo actual

- **Fecha de última menstruación:** 14/07/2021
- **Fecha probable de parto:** 21/04/2022
- **Atenciones prenatales:** no se realizó.
- **Evaluación nutricional:** Obesidad
- **Peso previo:** 90 kg
- **Talla:** 160 cm
- **IMC:** 32.8
- **Peso actual:** 84 kg
- **Ganancia de peso:** 0
- **Actividad sexual:** no
- **Gestación planificada:** no

3.4.2 Patología de embarazos anteriores:

- **Primer embarazo:** En diciembre del 2007: Embarazo ectópico tubárico con desenlace en salpingectomía en Hospital Goyeneche.
- **Segundo embarazo:** En el 2014 cesárea por EHE + Macrosomía fetal (RN masculino con 4600 grs). Hospital Yanahuara.
- **Tercer embarazo:** En el 2018 cesárea por óbito fetal de 3000 grs de 32 semanas en Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo.
- **Cuarto Embarazo:** En el 2020 aborto incompleto de 8 semanas con legrado uterino en Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo.

3.5 Familiares:

- **Padre:** fallecido por Accidente cerebro vascular.
- **Madre:** 73 años, diabética no insulino dependiente controlada.
- **Pareja:** 45 años sano aparentemente.
- **Hijo:** 7 años sano aparentemente.

3.6 Socioeconómicos:

Casa de un piso de material noble cuenta con los servicios de agua, luz, desagüe, cable, internet, recojo de basura diario. No mascotas.

3.7 Alimentación:

- Dieta balanceada.

3.8 Hábitos nocivos:

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

4. EXAMEN FÍSICO

4.1 General:

Se encuentra regular estado general, despierta y orientada en tiempo espacio y persona, afebril, colabora con el interrogatorio encontrándose tranquila y en decúbito dorsal en su unidad.

Funciones vitales:

- Presión Arterial: 110/70 mm de Hg.
- Frecuencia cardiaca: 80 pulsaciones por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 18 por minuto.
- Saturación: 92%.
- Temperatura: 36.4 °C.
- Peso: 84kg.
- Talla 160 cm.
- IMC: 32.8

4.2 Piel y Faneras:

- **Piel:** Trigueña tibia, turgor y elasticidad conservada.
- **Pelo:** De color castaño de regular implantación con adecuada cantidad.

- **Uñas:** Se encuentran en buen estado de conservación, no pálidas y convexas, buen estado e higiene, presenta relleno capilar 2 segundos aproximadamente.

4.3 Cabeza:

- **Cráneo:** Normocéfala, consistencia dura, sin depresiones, no se palpan tumores, no hay dolor a la movilidad.
- **Pupilas:** Redondas, centrales e isocóricas.
- **Conjuntiva palpebral:** rosada.
- **Corneas transparentes:** iris es de color café.
- **Agudeza visual:** Esta conservada.
- **Pestañas:** De implantación y cantidad, de color negro.
- **Cejas:** Cantidad regular color negro, implantación adecuada.
- **Nariz:** Tabique central, de conformación normorrínea con fosas nasales permeables, sin presencia de secreciones.
- **Oídos:** Es de buena implantación con audición conservada, con canal auditivo permeable sin presencia de secreciones.
- **Boca:** Simétrica móvil con labios rosados.
- **Dientes** completos, piezas dentarias con curaciones en buen estado de conservación.

4.4 Cuello:

Con forma cilíndrica, central posición sin presencia de adenopatías. No se palpa tiroides.

4.5 Tórax:

Es móvil y simétrico, sin retracciones intercostales con ampliación conservada, así como también la elasticidad. Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares sin ruidos.

4.6 Mamas:

Blandas, simétricas, turgentes con pezón bien conformado sin tumoraciones.

4.7 Cardiovascular:

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

4.8 Abdomen:

A la palpación se encuentra blando con dolor en hipogastrio de intensidad leve. Cicatriz de cesárea vertical de aproximadamente 10 cm. en buen estado.

4.9 Genito-urinario:

Puño percusión lumbar negativo.

Al Examen ginecológico se evidenció genitales externos sin particularidades, no se evidencia sangrado transvaginal.

4.10 Columna vertebral y extremidades:

Se encuentra no dolorosa a la palpación sin desviaciones.

4.11 Neurológico:

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

4.12 Extremidades inferiores:

Sin edemas.

5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa.
- Diabetes mellitus no insulino dependiente.
- Infección de tracto urinario.
- Bicesareada anterior y periodo intergenésico corto.

6. TRATAMIENTO

- Candado salinizado
- Metformina 850 mg 01 tableta c/8 hrs vía oral
- Metotrexate 75 mg cada 48 horas días impares 4 dosis (1/3/5/7).

- Ácido Fólico 05 mg 01 tableta cada 48 horas días pares 4 dosis (2/4/6/8).

7. INDICACIONES

- Dieta de 2000 calorías, carbohidratos 250 gramos complejos, proteínas 100 gramos y restos lípidos.
- Deambulacion asistida.
- Control de funciones vitales.
- Control de sangrado.
- Toma de glucosa 3 veces al día.
- Control de diuresis.
- Control de peso diario.

8. EXÁMENES AUXILIARES

Examen Ecográfico:

- Se efectuó ecografía transvaginal el día de ingreso (08/09/2021) con hallazgo de útero de 118x78x96 mm miomatoso endometrio de 22 mm, a nivel de canal cervical cerca a cicatriz uterina imagen anecogénica de 15 mm de diámetro con reacción decidual. Ovario derecho de 22mm x 15 mm Ovario izquierdo de 22mm x 14 mm.
- Ecografía de abdomen completo del día 13/09/2021 se obtuvo esteatosis hepática grado II, no presencia de vesícula (colecistectomizada anteriormente).

Exámenes laboratoriales:

Hemoglobina de ingreso: 12.8 g/dl

Prueba de antígenos para COVID-19: no reactivo (08/09/2021)

Examen completo de orina con resultado: Leucocitos 40 a 60 x campo, bacterias 2 ++.

Examen en sangre de β -hCG:

- 04/09/2021: 39 260 mUI/ml

- 12/09/2021: 6 054 mUI/ml

Mediciones de Glucosa:

- 09/09/2021: glucosa basal 129 mg/dl, hemoglobina glicosilada 9.17%.
- 10/09/2021: glucosa basal 120 mg/dl.
- 11/09/2021: glucosa basal 118 mg/dl.
- 12/09/2021: glucosa basal 122 mg/dl.
- 13/09/2021: glucosa basal 125 mg/dl.

Examen de perfil hepático:

- 09/09/2021: BT 0.95, TGO 18, TGP 29, AU 6, GGTP 33.
- 12/09/2021: BT 0.54, TGO 29.8, TGP 35.1, CREA 0.58.

Examen de heces:

- 12/09/2021: levaduras 1+.

9. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Se evaluó el caso clínico evidenciándose el cumplimiento al protocolo de acuerdo a la capacidad resolutoria del Hospital necesaria para el diagnóstico.

1. Se evidenció que la paciente supo reconocer signos de alarma para acudir directamente al hospital sabiendo su mal antecedente obstétrico.
2. Evaluación clínica de la gestante oportuna, brindada por el servicio de emergencia gineco obstétrica del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo.
3. Se realizó ecografía que evidenció gestación ectópica en cicatriz de cesárea previa confirmando el diagnóstico y se halló una infección urinaria en curso. Se solicitan más exámenes laboratoriales y se procede a su internamiento.
4. Se procede a hospitalización de paciente por su condición de riesgo obstétrico el cual es acompañado de diabetes mellitus no insulino dependiente.
5. Durante su estadía en hospitalización la paciente viene siendo monitoreada regularmente evitando así una complicación que pondría en riesgo su vida, con la medicación correspondiente a su condición.

6. Su medicación con ceftriaxona ataca directamente a la infección urinaria en curso y para el tratamiento del embarazo ectópico se tomó una actitud expectante con tratamiento de metotrexate y ácido fólico intercalado en 4 dosis cada uno.
7. Paciente necesita consejería en planificación familiar por su antecedente obstétrico.





CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico (EE) se define como una condición potencialmente mortal, que ocurre cuando el blastocito se implanta en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina, siendo una de las emergencias obstétricas que se presenta más pronto durante el primer trimestre de embarazo (18). Que representa el 2% de las gestaciones del primer trimestre.

Según las estadísticas y a los estudios de investigación realizados, en el mundo se produce una muerte materna cada minuto, la misma que se traduce en una tragedia para el núcleo familiar y la sociedad.

En esta nueva realidad que vivimos de la COVID-19 se ha visto el incremento de la mortalidad materna en el Perú para el 2020 tuvimos 430 muertes maternas teniendo como antecedente en el 2019 la cantidad de 302 muertes maternas, esto se debe a la falta de atenciones prenatales oportunas, la postergación del inicio de las atenciones prenatales por miedo al contagio, la precariedad de nuestro sistema de salud para enfrentar la pandemia por la COVID-19, vemos que las hemorragias obstétricas conforman hoy en día la segunda causa directa (18%) de defunción en las pacientes obstétricas después de los trastornos hipertensivos (21,4%) (19).

Virelles en su estudio, factores relacionados con el embarazo ectópico, comprendido entre los años 1999 y 2007 de todas las gestantes se obtuvo un total de 880 mujeres con el diagnóstico de embarazo ectópico lo cual tenía una frecuencia de 1 cada 42 recién nacidos vivos, con antecedentes epidemiológicos se observó que un gran porcentaje de las pacientes tenían antecedentes de inflamación pélvica (48.52 %), antecedentes de legrados realizados el 25.0 % y con uso de dispositivos intrauterinos el 14.65 %. Respecto a los medios de diagnóstico se evidenció que el más utilizado fue la punción del saco de Douglas con un 48.52% (esta se considera positivo cuando la sangre obtenida por punción no coagula) seguido de la laparoscopia con un 29.31% que se practica a pacientes hemodinámicamente estables sin signos de reacción peritoneal; en cuanto a complicaciones se evidenció que la anemia y el shock hipovolémico fueron las más frecuentes con el 64.54 % y el 27.27 % respectivamente superando a la sepsis urinaria y la sepsis de la herida quirúrgica (20), en el presente trabajo académico se observó que la gestante tenía un antecedente de legrado uterino por aborto incompleto.

Quispe en su trabajo, Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho periodo septiembre 2017 - septiembre 2018, revisó 184 historias clínicas del servicio de ginecología y obstetricia, siendo su población de estudio 92 pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico, obteniendo una prevalencia del embarazo ectópico del 2.41 % y los factores de riesgo con relación estadística significativa para embarazo ectópico probable fueron: edad comprendida entre 21-30 años ($X^2=11.667$ y valor de $p=0.001$), grado de instrucción superior ($X^2=15.886$ y valor de $p=0.000$), estado civil soltera ($X^2=24.662$ y valor de $p=0.000$) y conviviente ($X^2=9.69$ y valor de $p=0.002$); en factores obstétricos se encontró relación estadística en multíparas ($X^2=12.602$ y valor de $p=0.001$), inicio precoz de relaciones sexuales ($X^2=5.304$ y valor de $p=0.021$), uso de levonorgestrel ($X^2=8.915$ y valor de $p=0.003$) (21), en comparación al presente trabajo académico se observa que la paciente cuenta con una edad mayor a 40 años, grado de instrucción superior, en cuanto a factores obstétricos es multípara y cesareada anterior dos veces.

Berrios Álvarez, en su trabajo, factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena en Cuzco, realizando un estudio comparativo entre 108 historias clínicas (54 casos y 54 controles), se evidenció que en cuanto a factores socio demográficos una edad promedio de 27 años \pm 6.5 años, en cuanto al estado civil el 63% eran convivientes sin embargo en el presente estudio se observa que la paciente es casada, la mayor frecuencia de embarazo ectópico se dio en pacientes con un grado de instrucción superior con un 40.7% al igual que la paciente del estudio que también cuenta con grado de estudios superior, las pacientes con hábito del tabaco se evidenció un 33.3% de presencia en los embarazos ectópicos; en cuanto a los factores gineco- obstétricos las multíparas representan una mayor proporción de los casos un 38.9%, en cuanto al número de parejas sexuales, el mayor porcentaje tanto en casos como controles se presentó en el grupo con mayor o igual a 3 parejas sexuales; siendo un 87% y un 61,1% respectivamente siendo similar al estudio ya que la paciente también tiene un antecedente de 3 parejas sexuales; así como también se evidenció relación con un embarazo ectópico previo, cirugía abdomino-pélvica, enfermedad pélvica inflamatoria, y aborto (22); siendo semejante al presente estudio ya que la paciente tiene dos cesáreas anteriores, un legrado por aborto concordando así también con el estudio de Quispe.

Entra ahí la labor del obstetra y profesional de la salud en empoderar a la mujer y concientizarla sobre su salud sexual y reproductiva para que pueda tener una sexualidad plena y una paternidad responsable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas (23).

En el Perú, son pocos los estudios realizados respecto a embarazo ectópico. Cortés Peña, entre los años 1948 y 1952, encontró una incidencia de 0,16%. Posteriormente, se ha publicado 18 incidencias de 1 cada 767 gestaciones en nuestro hospital (HONADOMANI San Bartolomé), 1/183 partos en el Hospital Edgardo Rebagliati, 1/156 embarazos en el Hospital María Auxiliadora, 1/126 en el Hospital Cayetano Heredia, 1/130 en el Hospital Hipólito Unanue (24).

Debemos incentivar al estudio sobre embarazo ectópico en nuestra sociedad porque como se ve con el pasar del tiempo están incrementando abruptamente siendo así parte del aumento de la morbimortalidad materna de nuestro país.

Así mismo se debe incentivar la atención preconcepcional en todos los establecimientos de salud principalmente en la atención primaria para poder trabajar mediante la promoción y prevención la detección a tiempo patologías que presente la mujer y poder brindar el tratamiento oportuno antes de iniciar una gestación, así poder tener menos riesgos durante em embarazo.

CONCLUSIONES

PRIMERO: Se realizó la revisión y análisis del caso clínico de una paciente con embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa atendida en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, la cual fue atendida bajo el protocolo correspondiente según la capacidad resolutoria del establecimiento, obteniendo oportunamente un diagnóstico y brindando tratamiento adecuado.

SEGUNDO: Los síntomas que presentó la paciente fueron clave para su derivación directa al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo y posterior internamiento. Siendo sus factores de riesgo el mal antecedente obstétrico (bicesareada, legrado por aborto, óbito fetal), periodo intergenésico corto, diabetes no insulino dependiente, obesidad.

TERCERO: El tratamiento médico brindado fue de metotrexate y ácido fólico en multidosis, el cual esta presentado una óptima respuesta tras evaluar las condiciones de la paciente la cual se encuentra hemodinámicamente estable.

CUARTO: La atención que se le brinda a la paciente mientras esta hospitalizada es integral ya que se trabaja de la mano con las otras especialidades tales como endocrinología, cardiología y se cuenta con todo según capacidad resolutoria en caso ser necesario una intervención quirúrgica inmediata.

RECOMENDACIONES

1. A los servicios de salud enfatizando en la atención primaria, es necesario la captación temprana de las gestantes para el inicio de las atenciones prenatales, así como captación de mujeres en edad fértil para su atención en cuanto a su salud sexual y reproductiva y poder incrementar la demanda de atención preconcepcional en caso de ser requerida.
2. A los profesionales Obstetras y Gineco- obstetras: trabajar en la parte preventivo-promocional en cuanto salud sexual y reproductiva, así como: signos de alarma, plan de parto, atención preconcepcional; para que las mujeres en edad fértil se encuentren empoderadas de su salud y sepan reconocer cuando es necesario acudir a los establecimientos por atención y no perder tiempo valioso si necesitara ser derivada a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.
3. Se recomienda la capacitación constante en todos los profesionales de la salud para brindar una atención de calidad y oportuna, así mismo identificar emergencias obstétricas y tratarlas con todo el equipo multidisciplinario como corresponde disminuyendo así tasas de morbimortalidad materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

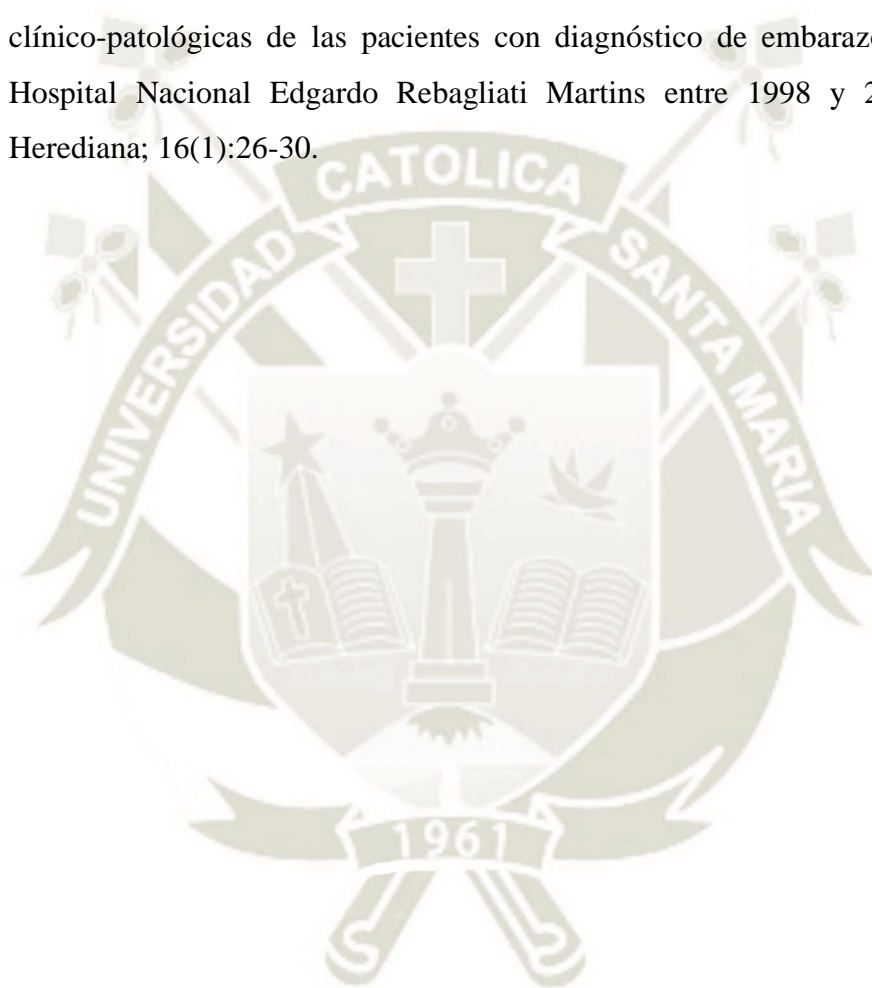
1. Parker, V. L., & Srinivas, M. (2016). Non-tubal ectopic pregnancy. Archives of gynecology and obstetrics, 294(1), 19–27. [Internet]. [Consultado el 13 de setiembre del 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4069-y>
2. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. (2004). Cesarean scar pregnancy: issues in management. Ultrasound Obstet Gynecol;23:247-53.
3. Cunningham, FG, Larry C Gilstrap, III, Hauth, JC, Leveno, KJ, Wenstrom, KD y Gant, NF (2015). Williams Obstetricia. (24^a ed.). México. Editorial MC GRALL HILL. Pág. 377-380
4. Stovall T. (s.f) Aborto precoz y embarazo ectópico. En: Berek J. Ginecología de Novak. 14a ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 200:617-46.
5. Joseph Hurt, K (2001). Ginecología y Obstetricia de bolsillo. (2^a ed). España. Editorial Wolters Kluwer. Pág. 83
6. Embarazo Ectópico. Mayo Clinic. (s.f) [Internet]. [Consultado el 13 de setiembre del 2021] Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ectopic-pregnancy/symptoms-causes/syc-20372088>
7. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. (2019). Embarazo Ectópico. [Internet]. [Consultado el 13 de setiembre del 2021] Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/gestacion-ectopica.html>
8. Rodríguez Abstengo A, La O González FR, Castillo González JA, Ibargollín Ulloa R, Medina Betancourt AL. (2013) Embarazo ectópico bilateral: a propósito de un caso. Gac méd espirit.; Pág. 10.
9. Vásquez, J. (2010). Embarazo, parto y Puerperio: principales complicaciones. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. Pág. 41.
10. Zosmer N, et al. (2015) Natural history of early first-trimester pregnancies implanted in Cesarean scars. Ultrasound Obstet Gynecol; 46: 367-375.
11. Chou MM, Hwang JI, Tseng JJ, Huang YF, Ho ES. (2004). Cesarean scar pregnancy: quantitative assessment of uterine neovascularization with 3-dimensional color power Doppler imaging and successful treatment with uterine artery embolization. Am J Obstet Gynecol;190:866-8.
12. Grimes HG, Nosal RA, Gallagher JC. (1983) Ovarian pregnancy: a series of 24 cases. Obstet Gynecol.;61 (2) Pág 174-80.

13. Raziel A, Golan A, Pansky M, Ron-El R. (1990). Ovarian pregnancy: a report of twenty cases in one institution. *Am J Obstet Gynecol.*;163:1182-5.
14. Vargas-Hernández V, Hernández M, Ventura V, Tovar J. (2017). Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol*; 82 (3): 338-344.
15. Shen L, Fu J, Huang W, Zhu H, Wang Q, Yang S, et al. (2020). Intervenciones para el embarazo ectópico no tubárico. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2014*; 7: CD011174.
16. Ministerio de Salud. (2007) Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud. [Internet]. 28 p. [Consultado el 13 de setiembre del 2021] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
17. Doubilet PM, Bensosn CB, Frates MC, Ginsburg E. (2004) Sonographically guided minimally invasive treatment of unusual ectopic pregnancies. *J Ultrasound Med*; 23: 359-70.
18. Cuello M, Miranda V, Ralph C. (2017). Embarazo Ectópico. *Ginecología General y Salud de la Mujer*. 1ª ed. Santiago: Ediciones UC; págs 259-269.
19. Gil, F. Muerte Materna. (2021). Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades. MINSA. [Internet]. [Consultado el 13 de setiembre del 2021] Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE042021/03.pdf>
20. Virelles Pacheco, A., Bonet Fonseca, R., & Santiesteban Vázquez, R. (2017). Factores relacionados con el embarazo ectópico. *MULTIMED*, 21(2), 14-27. [Internet]. [Consultado el 13 de setiembre del 2021] Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/486>
21. Quispe Vargas, R. (2018) Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho periodo septiembre 2017 -septiembre 2018. [Internet]. [Consultado el 13 de setiembre del 2021] Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/11076>
22. Berrios Álvarez, M. (2019). Factores Asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018. [Internet] [Consultado el 13

de setiembre del 2021]. Disponible en:

<http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/4032>

23. Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS sobre atención Prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [Internet]. [Consultado el 13 de setiembre del 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1
24. Luglio Villanueva JM, Díaz Ledesma L, Cáceres Chu E. (2005). Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002. Rev. Med Herediana; 16(1):26-30.



ANEXO

ANEXO N° 1: EXÁMENES DE LABORATORIO

Acto Médico 4179455		[Redacted]	
Apellidos y Nombres ESPINOZA ZACARIAS ANGELICA MARIA		Nro Historia Clínica 456643	
Doc. de Identificación D.N.I. 4074978	Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente ASEGURADO ADSORITO AL C.A.	
CAS de Atención H.III YANAHUJARA		Tipo de Seguro OBLIGATORIO	
Fecha de Ingreso 08/09/2021	Edad 40 A 3 M 21 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria HOSPITALIZACION		Servicio Hosp. GINECOL. Y OBSTETR.	

Número de Atención: 43	Fecha de Atención: 18/09/2021
-------------------------------	--------------------------------------

Fecha de la Atención 18/09/2021	Hora de la Atención 11:43
Profesional Asistencial RODRIGUEZ ZINANYUCA ALFREDO	
Especialidad Interconsulta	

Informe UCI

Anamnesis [Redacted]				
Examen Clínico [Redacted]				
Sígnos Vitales:				
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0	Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0	
Sat. O2	0	FI O2	0,00	
Temperatura Corporal (°C)	0,0			
Antropometría:				
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC
Perímetro Abdominal	0,0			

PACIENTE ES EVALUADA EN TOPICO DONDE SE EVIDENCIA OCI ABIERTO CON COAGULOS EN CANAL VAGINAL Y EN OCI. SE REALIZA ECOTV Y AJUN SE EVIDENCIA UN LA PRESENCIA DE SACO DE 18MM

Diagnóstico [Redacted]		
Código Q34.2	Descripción ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	Nombre Tipo Diagnóstico PRESUNTIVO

Plan de Trabajo [Redacted]	
Indicaciones [Redacted]	
PLAN : CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MISOPROSTOL MISOPROSTOL 3 TAB W	

Resultado de la Atención PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO	Tipo de Atención VISITA HOSPITALARIA
---	---

Solicitudes Interconsulta [Redacted]						
Solicitud	Acto Médico	Fecha y Hora	Servicio	Motivo	Estado	

Exámenes Auxiliares Solicitados [Redacted]						
Solicitud Nro 357 181						
Código 84484	TROPONINA, CUANTITATIVA					
Indicaciones	INF.: MUESTRA: SUERO		FECHA RESULTADO:		17/09/2021	
Resultados	1 TROPONINA T	pg / ml	<0.003	F:	0.001-0.014	
	MUESTRA: SUERO 30 MIN TTG					

Solicitud Nro 357 342						
Código 84484	TROPONINA, CUANTITATIVA					
Indicaciones	INF.: MUESTRA: SUERO		FECHA RESULTADO:		17/09/2021	
Resultados	1 TROPONINA T	pg / ml	<0.003	F:	0.001-0.014	
	MUESTRA: SUERO 30 MIN TTG					

Solicitud Nro 356 558						
Código 84450	ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) (SGOT)					
Indicaciones	INF.: MUESTRA: SUERO		FECHA RESULTADO:		17/09/2021	
Resultados	1 TGO	U/L	NHR	F:	10-32	

MUESTRA: SANGRE TOTAL					
Codigo	82 977 DOSAJE DE GLUTAMIL TRANSFERASA, GAMMA (GGT)				
Indicaciones					
	INF.:	FECHA RESULTADO: 17/09/2021			
	MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA U / l 35 F: 5-35				
Codigo	82 250 BILIRRUBINA; TOTAL DIRECTA E INDIRECTA				
Indicaciones					
	INF.:	FECHA RESULTADO: 17/09/2021			
	MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 BILIRRUBINA TOTAL. 0.75				
	2 BILIRRUBINA DIRECTA. 0.22				
	3 BILIRRUBINA INDIRECTA UMOL/l 0.53 F: 1.7-17.1				
Codigo	84 075 DOSAJE DE FOSFATASA, ALCALINA				
Indicaciones					
	INF.:	FECHA RESULTADO: 17/09/2021			
	MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 FOSFATASA ALCALINA U / l 72 F: 35-104				
Codigo	85 730 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT); EN PLASMA O SANGRE ENTERA				
Indicaciones					
	INF.:	FECHA RESULTADO: 17/09/2021			
	MUESTRA: PLASMA				
	MUESTRA: PLASMA CITRATADO				
Resultados	1 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCI 33.90				
Codigo	85 610 TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)				
Indicaciones					
	INF.:	FECHA RESULTADO: 17/09/2021			
	MUESTRA: PLASMA CITRATADO				
Resultados	1 TIEMPO DE PROTOMBINA (TP) 11.90				
	INR: 1.03				
Codigo	84 460 TRANSFERASA; AMINO ALANINA (ALT) (SGPT)				
Indicaciones					
	INF.:	FECHA RESULTADO: 17/09/2021			
	MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 TGP U / l 34 F: 0-35				
	MUESTRA: SANGRE TOTAL				
Solicitud Nro 356195					
Codigo	82 310 DOSAJE DE CALCIO; TOTAL				
Indicaciones					
	INF.:	FECHA RESULTADO: 16/09/2021			
	MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 CALCIO SERICO mg / dl 9.61 F: 8.5-10.5				
Codigo	82 435 DOSAJE DE CLORURO; EN SANGRE				
Indicaciones					
	INF.:	FECHA RESULTADO: 16/09/2021			
	MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 CLORO mmol/L 105.5 F: 95-105				
Codigo	8 373 5 DOSAJE DE MAGNESIO				
Indicaciones					
Resultados	INF.: NO FECHA RESULTADO: / /				
Codigo	84 100 FOSFORO INORGANICO (FOSFATO);				

Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 16/09/2021	
Resultados	MUESTRA: SUERO	1 FOSFORO		mg / dl	4.08 F: 2.5-4.5
Codigo	84132 POTASIO; SERICO, PLASMA O SANGRE TOTAL				
Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 16/09/2021	
Resultados	MUESTRA: SUERO	1 POTASIO		mmol/L	4.22 F: 3.5-5.2
Codigo	84295 SODIO; SERICO, PLASMA O SANGRE TOTAL				
Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 16/09/2021	
Resultados	MUESTRA: SUERO	1 SODIO		mmol/L	140 F: 135-145
Solicitud Nro 356777					
Codigo	82706 REACCION INFLAMATORIA EN HECEs				
Indicaciones		INF.: NO		FECHA RESULTADO: //	
Solicitud Nro 356023					
Codigo	82310 DOSAJE DE CALCIO; TOTAL				
Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 16/09/2021	
Resultados	MUESTRA: SUERO	1 CALCIO SERICO		mg / dl	9.07 F: 8.5-10.5
Codigo	82435 DOSAJE DE CLORURO; EN SANGRE				
Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 16/09/2021	
Resultados	MUESTRA: SUERO	1 CLORO		mmol/L	104.8 F: 95-105
Codigo	83735 DOSAJE DE MAGNESIO				
Indicaciones		INF.: NO		FECHA RESULTADO: //	
Codigo	84100 FOSFORO INORGANICO (FOSFATO);				
Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 16/09/2021	
Resultados	MUESTRA: SUERO	1 FOSFORO		mg / dl	4.36 F: 2.5-4.5
Codigo	84132 POTASIO; SERICO, PLASMA O SANGRE TOTAL				
Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 16/09/2021	
Resultados	MUESTRA: SUERO	1 POTASIO		mmol/L	4.11 F: 3.5-5.2
Codigo	84295 SODIO; SERICO, PLASMA O SANGRE TOTAL				
Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 16/09/2021	
Resultados	MUESTRA: SUERO	1 SODIO		mmol/L	140 F: 135-145
Solicitud Nro 356055					
Codigo	84443 HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES (TSH)				
Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 16/09/2021	

MUESTRA: SUERO				
1 TSH	uIU/ml	1.52	F: 0.2-4.2	
MUESTRA: SUERO (HORMONAS)				
Codigo	84481	TRITYOOTRONINA T3; LIBRE		
Indicaciones				FECHA RESULTADO: 16/09/2021
INF.:				
MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 T3 LIBRE	ng / dl	0.193	F: 0.2-0.44
MUESTRA: SUERO (HORMONAS)				
MUESTRA: SANGRE TOTAL				
Codigo	84439	TIROXINA; LIBRE		
Indicaciones				FECHA RESULTADO: 16/09/2021
INF.:				
MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 T4 LIBRE	ng / dl	0.964	F: 0.93-1.7
MUESTRA: SUERO (HORMONAS)				
Codigo	82465	DOSAJE DE COLESTEROL TOTAL EN SANGRE COMPLETA O SUERO		
Indicaciones				FECHA RESULTADO: 16/09/2021
INF.:				
MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 COLESTEROL	mg / dl	235	F: 0-200
Codigo	83718	DETERMINACION DIRECTA DE LIPOPROTEINA DE ALTA DENSIDAD (HDL COLESTEROL)		
Indicaciones				FECHA RESULTADO: 16/09/2021
INF.:				
MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 HDL COLESTEROL	mg / dl	42	F: 45-65
Codigo	83721	DETERMINACION DIRECTA DE LIPOPROTEINA DE BAJA DENSIDAD (LDL COLESTEROL)		
Indicaciones				FECHA RESULTADO: 16/09/2021
INF.:				
MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 LDL COLESTEROL	mg / dl	184	F: 130-155
Codigo	84478	TRIGLICERIDOS		
Indicaciones				FECHA RESULTADO: 16/09/2021
INF.:				
MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 TRIGLICERIDOS	mg / dl	207	F: 0-200
Solicitud Nro 355302				
Codigo	85610	TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)		
Indicaciones				FECHA RESULTADO: 15/09/2021
INF.:				
MUESTRA: PLASMA CITRATADO				
Resultados	1 TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)		11.70	
			INR: 1.02	
Codigo	82947	DOSAJE DE GLUCOSA EN SANGRE, CUANTITATIVO (EXCEPTO CINTA REACTIVA)		
Indicaciones				FECHA RESULTADO: 15/09/2021
INF.:				
MUESTRA: SUERO				
Resultados	1 GLUCOSA BASAL	mg / dl	118	F: 70-110
Codigo	82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE		

Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 15/09/2021	
MUESTRA: SUERO					
Resultados	1 CREATININA EN SANGRE	mg / dl	0.52	F: 0.6-1.4	
MUESTRA: SANGRE TOTAL					
Codigo	83615 LACTATO DESHIDROGENASA (LDL); (LDH);				
Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 15/09/2021	
MUESTRA: SUERO					
Resultados	1 LDH	U / l	118	F: 135-214	
Codigo	85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS				
Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 15/09/2021	
MUESTRA: SANGRE TOTAL					
	1 LEUCOCITOS	$10^3/mm^3$	8.21	F: 4-10	
	2 HEMATIES	$10^6/mm^3$	4.23	F: 3.8-6.5	
	3 HEMOGLOBINA	g/dL	12.8	F: 12-17	
	4 HEMATO CRITO	%	37.5	F: 37-54	
	5 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Um^3	88	F: 80-100	
	6 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Pg	30.2	F: 27-32	
	7 CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLO	g/dL	34.0	F: 32-36	
	8 INDICE DE DISTRIBUCION ERITROC	%	13.8	F: 11-16	
	9 PLAQUETAS	$10^3/mm^3$	314	F: 150-500	
Resultados	10 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Um^3	9.5	F: 6-11	
	11 SEGMENTADOS %	%	66.7	F: 15-60	
	12 EOSINOFILOS %	%	0.6	F: 0-3	
	13 BASOFILOS %	%	0.4	F: 0-5	
	14 LINFOCITOS %	%	30.0	F: 8-40	
	15 MONOCITOS %	%	2.3	F: 1-8	
	16 PLAQUETOCRITO	%	0.297		
	17 INDICE DE DISTRIBUCION PLAQUET	%	314.0	F: 0-100	
	18 SEGMENTADOS #	$10^3/mm^3$	5.4		
	19 EOSINOFILOS #	$10^3/mm^3$	0.0		
	20 BASOFILOS #	$10^3/mm^3$	0.0		
	21 LINFOCITOS #	$10^3/mm^3$	2.4		
	22 MONOCITOS #	$10^3/mm^3$	0.1		
Codigo	82250 BILIRRUBINA; TOTAL DIRECTA E INDIRECTA				
Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 15/09/2021	
MUESTRA: SUERO					
Resultados	1 BILIRRUBINA TOTAL.		0.89		
	2 BILIRRUBINA DIRECTA.		0.25		
	3 BILIRRUBINA INDIRECTA	UMOL/l	0.64	F: 1.7-17.1	
Codigo	84550 ACIDO URICO; EN SANGRE				
Indicaciones		INF.:		FECHA RESULTADO: 15/09/2021	
MUESTRA: SUERO					
Resultados	1 ACIDO URICO	mg / dl	5.8	F: 2.4-5.7	

MUESTRA: SUERO 30 MIN TTG	
Codigo	84 107 GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA
Indicaciones	INF.: FECHA RESULTADO: 15/09/2021
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA U / l 35 F: 5-35
Codigo	84 167 PROTEINAS; TOTALES Y FRACCIONADAS EN SANGRE POR COLORIMETRIA
Indicaciones	INF.: FECHA RESULTADO: 15/09/2021
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 ALBUMINA (PTYF) 3.97 3 PROTEINAS TOTALES g / dl 6.79 F: 6.4-8.3
Codigo	84 450 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) (SGOT)
Indicaciones	INF.: FECHA RESULTADO: 15/09/2021
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 TGO U/L NHR F: 10-32 MUESTRA: SANGRE TOTAL
Codigo	84 460 TRANSFERASA; AMINO ALANINA (ALT) (SGPT)
Indicaciones	INF.: FECHA RESULTADO: 15/09/2021
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 TGP U / l 44 F: 0-35 MUESTRA: SANGRE TOTAL
Solicitud Nro 245 585	
Codigo	7670 1 ECOGRAFIA ABDOMEN COMPLETO
Indicaciones	INF.: HIGADO CON INCREMENTO DIFUSO DE LA ECOGENICIDAD SIN LESIONES FOCALES NI DILATACION DE VIAS BILIARES PANCREAS, BAZO Y RIÑONES ECOGRAFICAMENTE CONSERVADOS COLEDOCO DE 6.5 MM VESICULA BILIAR AUSENTE ABUNDANTE GAS INTESTINAL SIN LIQUIDO LIBRE NI COLECCIONES VESIGUA CASI VACUA SIN ECOS INTERNOS ID: COLECISTECTOMIZADA HEPATOPATIA DIFUSA: ESTEATOSIS DE II GRADO METEORISMO INTESTINAL MUY INCREMENTADO
Resultados	FECHA RESULTADO: 13/09/2021
Solicitud Nro 353 831	
Codigo	8270 6 REACCION INFLAMATORIA EN HECES
Indicaciones	INF.: LEVADURAS 1+
Resultados	MUESTRA: HECES MUESTRA: HECES 1
FECHA RESULTADO:	12/09/2021
Codigo	87177 EXAMEN DE FROTIS DIRECTO Y DE CONCENTRACION PARA IDENTIFICACION DE HUEVOS Y PARASITOS
Indicaciones	Resultados INF.: NO
FECHA RESULTADO:	//
Solicitud Nro 353 205	
Codigo	8470 4 GONADOTROPINA, CORIONICA (HCG); SUBUNIDAD BETA LIBRE
Indicaciones	Resultados INF.: NO
FECHA RESULTADO:	//
Solicitud Nro 353 492	
Codigo	85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS
Indicaciones	Resultados INF.: FECHA RESULTADO: 12/09/2021
MUESTRA:	SANGRE TOTAL

1 LEUCOCITOS	$10^3/mm^3$	6.24	F: 4-10
2 HEMATIES	$10^6/mm^3$	4.17	F: 3.8-6.5
3 HEMOGLOBINA	g/dL	12.8	F: 12-17
4 HEMATO CRITO	%	37.4	F: 37-54
5 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Um^3	89	F: 80-100
6 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Pg	30.6	F: 27-32
7 CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLO	g/dL	34.2	F: 32-36
8 INDICE DE DISTRIBUCION ERITROC	%	13.9	F: 11-16
9 PLAQUETAS	$10^3/mm^3$	292	F: 150-500
10 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Um^3	9.2	F: 6-11
11 SEGMENTADOS %	%	58.3	F: 15-60
12 EOSINOFILOS %	%	0.5	F: 0-3
13 BASOFILOS %	%	0.5	F: 0-5
14 LINFOCITOS %	%	36.9	F: 8-40
15 MONOCITOS %	%	3.8	F: 1-8
16 PLAQUETOCRITO	%	0.269	
17 SEGMENTADOS #	$10^3/mm^3$	3.6	
18 EOSINOFILOS #	$10^3/mm^3$	0.0	
19 BASOFILOS #	$10^3/mm^3$	0.0	
20 LINFOCITOS #	$10^3/mm^3$	2.3	
21 MONOCITOS #	$10^3/mm^3$	0.2	

Codigo 85610 TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)

Indicaciones

INF.: **12.5**
INR **1.09**

FECHA RESULTADO: 12/09/2021

Resultados

MUESTRA: PLASMA CITRATADO

Codigo 82947 DOSAJE DE GLUCOSA EN SANGRE, CUANTITATIVO (EXCEPTO CINTA REACTIVA)

Indicaciones

INF.:
MUESTRA: SUERO

FECHA RESULTADO: 12/09/2021

Resultados

1 GLUCOSA BASAL mg / dl **118.4** F: 70-110

Codigo 82565 DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE

Indicaciones

INF.:
MUESTRA: SUERO

FECHA RESULTADO: 12/09/2021

Resultados

1 CREATININA EN SANGRE mg / dl **0.58** F: 0.6-1.4

MUESTRA: SANGRE TOTAL

Codigo 84450 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) (SGOT)

Indicaciones

INF.:
MUESTRA: SUERO

FECHA RESULTADO: 12/09/2021

Resultados

1 TGO U/L **29.8** F: 10-32

MUESTRA: SANGRE TOTAL

Codigo 84460 TRANSFERASA; AMINO ALANINA (ALT) (SGPT)

Indicaciones

INF.:
MUESTRA: SUERO

FECHA RESULTADO: 12/09/2021

Resultados

1 TGP U / l **35.1** F: 0-35

MUESTRA: SANGRE TOTAL

Codigo	82250 BILIRRUBINA; TOTAL DIRECTA E INDIRECTA		
Indicaciones	INF.: FECHA RESULTADO: 12/09/2021 MUESTRA: SUERO		
Resultados	1 BILIRRUBINA TOTAL.	0.548	
	2 BILIRRUBINA DIRECTA.	0.136	
	3 BILIRRUBINA INDIRECTA	UMOL/l	0.412 F: 1.7-17.1
Codigo	84550 ACIDO URICO; EN SANGRE		
Indicaciones	INF.: FECHA RESULTADO: 12/09/2021 MUESTRA: SUERO		
Resultados	1 ACIDO URICO	mg / dl	nc F: 2.4-5.7
	MUESTRA: SUERO 30 MIN TTG		
Codigo	84704 GONADOTROPINA, CORIONICA (HCG); SUBUNIDAD BETA LIBRE		
Indicaciones	INF.: NO FECHA RESULTADO: //		
Solicitud Nro	353350		
Codigo	87088 CULTIVO BACTERIANO, ORINA; IDENTIFICACION, ADEMAS DEL ANALISIS CUANTITATIVO O KIT COMERCIAL.		
Indicaciones	INF.: RCTO > 100.000 UFC/ML. 1- Escherichia coli FECHA RESULTADO: 14/09/2021 MUESTRA: ORINA SIMPLE		
Resultados	1 1 AZ TREONAM	<=1	Sensible
	2 1 CEFTAZIDIMA	<=1	Sensible
	3 1 CEFALOTINA	>16	Resistente
	4 1 CEFOTAXIMA	<=1	Sensible
	5 1 CEFOXITINA	<=8	Sensible
	6 1 COLISTINA	<=2	Sensible
	7 1 CI PROFLOXACINA	<=1	Sensible
	8 1 CEFEPIMA	<=1	Sensible
	9 1 CEFUROXIMA	<=8	Sensible
	10 1 ERTAPENEM	<=0.5	Sensible
	11 1 NITROFURANTOINA	<=32	Sensible
	12 1 POSFOMICINA	<=64	Sensible
	13 1 GENTAMICINA	>8	Resistente
	14 1 IMI PENEM	<=1	Sensible
	15 1 LEVOFLOXACINA	<=2	Sensible
	16 1 MEROPENEM	<=1	Sensible
	17 1 NO FLOXACINA	<=4	Sensible
	18 1 PIP/TAZO	<=16	Sensible
	19 1 TRIMET/SULFA	>2/38	Resistente
	20 1 TIGECICLINA	<=1	Sensible

21	1 TOBRAMICINA	8	Intermedio
22	1 AMIKACINA	<=16	Sensible
23	1 AMOXICILINA / K CLAV	16/8	Intermedio
24	1 AMPICILINA	>16	Resistente
25	1 AMPICILINA / SULBACTAM	>16/8	Resistente

Solicitud Nro 352861			
Codigo	82947 DOSAJE DE GLUCOSA EN SANGRE, CUANTITATIVO (EXCEPTO CINTA REACTIVA)		
Indicaciones			
Resultados	INF.: NO	FECHA RESULTADO:	//

Solicitud Nro 351477			
Codigo	81000 ANALISIS DE URINA POR TIRA DE ANALISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA LA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEINAS, GRAVEDAD ESPECIFICA, UROBILINOGENO, CUALQUIER NUMERO DE ESTOS COMPONENTES; NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA		
Indicaciones			
	INF.:	FECHA RESULTADO:	09/09/2021
MUESTRA: ORINA SIMPLE			
	1 COLOR	AMARILLO	
	2 ASPECTO	LIG. TURBIO	
	3 PH	6.5	
	4 DENSIDAD	1020	
	5 GLUCOSA		
	6 CUERPO CETONICO		
	7 ACIDO ASCORBICO		
	8 BILIRRUBINA		
Resultados	9 UROBILINOGENO		
	10 NITRITOS		
	11 THEVENON		
	12 PROTEINAS		
	13 LEUCOCITOS	40-50 XC	
	14 HEMATIES	1-2 XC	
	15 CELULAS EPI TELIALES	ABUNDANTES	
	16 BACTERIAS	2+	
	17 CILINDROS		
	18 CRISTALES		
MUESTRA: ORINA 1			

Solicitud Nro 352130			
Codigo	82947 DOSAJE DE GLUCOSA EN SANGRE, CUANTITATIVO (EXCEPTO CINTA REACTIVA)		
Indicaciones			
	INF.:	FECHA RESULTADO:	10/09/2021
MUESTRA: SUERO			
Resultados	1 GLUCOSA BASAL	mg / dl	11.4 F: 70-110

Solicitud Nro 351504			
Codigo	84704 GONADOTROPINA, CORIONICA (HCG); SUBUNIDAD BETA LIBRE		
Indicaciones			
	INF.: NHR	FECHA RESULTADO:	09/09/2021
MUESTRA: SUERO			
MUESTRA: SUERO 30 MIN TTG			

Codigo	82947 DOSAJE DE GLUCOSA EN SANGRE, CUANTITATIVO (EXCEPTO CINTA REACTIVA)		
Indicaciones			

Resultados	INF.: MUESTRA: SUERO			FECHA RESULTADO: 09/09/2021
	1 GLUCOSA BASAL	mg / dl	129	F: 70-110
Codigo	83036 HEMOGLOBINA; GLUCOSILADA (Hb A1c%)			
Indicaciones	INF.: MUESTRA: SANGRE TOTAL			FECHA RESULTADO: 09/09/2021
Resultados	1 HEMOGLOBINA GLICOSILADA REPORT	%	9.17	F: 2-6
	MUESTRA: SANGRE EDTA MUESTRA: PLASMA EDTA			
Solicitud Nro 351468				
Codigo	82250 BILIRRUBINA; TOTAL DIRECTA E INDIRECTA			
Indicaciones	INF.: MUESTRA: SUERO			FECHA RESULTADO: 09/09/2021
Resultados	1 BILIRRUBINA TOTAL.		0.95	
	2 BILIRRUBINA DIRECTA.		0.27	
	3 BILIRRUBINA INDIRECTA	UMOL/l	0.68	F: 1.7-17.1
Codigo	84450 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) (SGOT)			
Indicaciones	INF.: MUESTRA: SUERO			FECHA RESULTADO: 09/09/2021
Resultados	1 TGO	U/L	18	F: 10-32
	MUESTRA: SANGRE TOTAL			
Codigo	84460 TRANSFERASA; AMINO ALANINA (ALT) (SGPT)			
Indicaciones	INF.: MUESTRA: SUERO			FECHA RESULTADO: 09/09/2021
Resultados	1 TGP	U / l	29	F: 0-35
	MUESTRA: SANGRE TOTAL			
Codigo	84550 ACIDO URICO; EN SANGRE			
Indicaciones	INF.: MUESTRA: SUERO			FECHA RESULTADO: 09/09/2021
Resultados	1 ACIDO URICO	mg / dl	6	F: 2.4-5.7
	MUESTRA: SUERO 30 MIN TTG			
Codigo	82977 DOSAJE DE GLUTAMIL TRANSFERASA, GAMMA (GGT)			
Indicaciones	INF.: MUESTRA: SUERO			FECHA RESULTADO: 09/09/2021
Resultados	1 GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	U / l	33	F: 5-35
Medicamentos Recetados				
Procedimientos				
Codigo:	76817 ECOGRAFA OBSTETRICA TRANSVAGINAL CON IMAGEN DOUMENTADA EN TIEMPO REAL			Resultado : UTERO EN AVF 9x7 X 7.0 X 12.2 ENDOMETRIO 27 SACO GESTACIONAL 1.80 CM
Codigo:	Resultado :			

76830 ECOGRAFIA 1309/2021 UTERO EN AF, SE OBSERVA A NIVEL DE CICATRIZ SE OBSERVA IMAGEN ANECOGEMICA DE BORDES REGULARES CON HALO TRANSVAGINAL HIPERECOGENICO (REACCION DECICUAL) CON DIAMETRO DE 19MM, NO SE OBSERVA EMBRION NI VESICULA VITELINA

Procedimientos Hemodiálisis

Nº Evolución Tipo de Atención Fecha y Hora Nom Profesional Evolución

