



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“EMBARAZO ECTÓPICO ANEMBRIONADO POST LIGADURA MÁS
SHOCK HIPOVOLÉMICO”**

Requisito previo para optar por el título de Médico

Autora: Galarza Paredes, Tania Marisol

Tutora: Dra. Esp. León Baquero, Érica Fernanda

Ambato. Ecuador

Marzo 2017

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“EMBARAZO ECTÓPICO ANEMBRIONADO POST LIGADURA MÁS SHOCK HIPOVOLÉMICO” de Tania Marisol Galarza Paredes, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2016

LA TUTORA

.....
Dra. Esp. León Baquero, Érica Fernanda

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico “**EMBARAZO ECTÓPICO ANEMBRIONADO POST LIGADURA MÁS SHOCK HIPOVOLÉMICO**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2016

LA AUTORA

.....

Galarza Paredes, Tania Marisol

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga ninguna ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto del 2016

LA AUTORA

.....
Galarza Paredes, Tania Marisol

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“EMBARAZO ECTÓPICO ANEMBRIONADO POST LIGADURA MÁS SHOCK HIPOVOLÉMICO”**, de Tania Marisol Galarza Paredes, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo del 2017

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1^{er} VOCAL

2^{do} VOCAL

.....

.....

.....

DEDICATORIA

A Dios Padre Todopoderoso por haber permitido que no decaiga en el intento de alcanzar mi sueño tan anhelado pese a los obstáculos que se presentaron en la vida. A mis padres y hermanos por todo el amor, el cariño y gran esfuerzo que me brindaron día a día, apoyándome a continuar en aquellos momentos de flaqueza. A mis familiares en especial a mi segunda madre Edilma Leonila Galarza Ordóñez que Dios la tenga en su gloria como el ángel que siempre fué, a todos quienes sin querer mi mente está omitiendo este momento. A mis amigos con quienes he compartido difíciles momentos y a la vez gratos recuerdos, siempre demostrándome su cariño y gran amistad. Les deseo mil bendiciones en sus vidas. .

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por darme la oportunidad de seguir cumpliendo la misión de vida. A mis padres Golver y Noemí por su apoyo, confianza y sacrificio incondicional. Por ser la luz alumbra mi vida y motiva a superarme día a día, por su amor, por su apoyo económico y por sus consejos que son la brújula que orientan mi vida., que con su esfuerzo constante fue el referente para continuar mi meta.

A la Universidad Técnica de Ambato quien siempre la llevare en mi mente y corazón por haberme abierto las puertas y de esta manera permitirme cumplir mi anhelo de servir a la sociedad.

ÍNDICE PRELIMINAR

CONTENIDO

PORTADA	i
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE PRELIMINAR	viii
RESUMEN	x
SUMMARY.....	xii
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	3
1.- DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:.....	4
1.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO:	4
1.1.1- EMERGENCIA	4
1.1.2.- CENTRO OBSTETRICO	5
1.1.3.- HOSPITALIZACION	12
1.2.- AGRUPACIÓN POR PROBLEMAS:.....	15
1.3.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA:	16
1.4.- AGRUPACIÓN SINDRÓMICA:	17
1.5.-DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS.....	20
1.6.- DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO	21
1.6.1.- FACTORES DE RIESGO PERSONALES	21
1.6.2. FACTORES DIETÉTICOS.....	21
1.6.3.- FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LOS SERVICIOS DE SALUD	21
2.- MARCO TEÓRICO	23
2.1.- EMBARAZO ECTÓPICO.....	23
2.1.1 LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO	23

2.1.2 FACTORES DE RIESGO PARA EL PADECIMIENTO DE EE.	24
2.1.3 CLÍNICA.....	25
2.1.4 DIAGNÓSTICO	26
2.1.4.1- CUANTIFICACIÓN DE β -hCG EN EMBARAZO ECTÓPICO ROTO	26
2.1.4.2.- HALLAZGOS ECOGRÁFICOS.....	27
2.1.5.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	28
2.1.6.-EVOLUCIÓN.....	29
2.1.7.- MANEJO.....	31
2.1.7.1.-TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	31
2.1.7.2.-TRATAMIENTO MÉDICO	32
2.2.-SHOCK HIPOVOLÉMICO	33
2.3.-PROTOCOLO DE MANEJO EN EMBARAZO ECTOPICO MSP	35
3.- CATEGORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	36
4.- CONCLUSIONES:	38
5.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	39
BIBLIOGRAFÍA	39
LINKOGRAFÍA.....	40
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA.....	42

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“EMBARAZO ECTÓPICO ANEMBRIONADO POST LIGADURA MÁS
SHOCK HIPOVOLÉMICO”**

Autora: Galarza Paredes, Tania Marisol

Tutor: Dra. León Baquero, Érica Fernanda

Fecha: Ambato, Agosto 2016

RESUMEN

El embarazo ectópico es la implantación y desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. Su incidencia ha aumentado en los últimos 30 años, y aunque ha disminuido su morbimortalidad, es la primera causa actual de mortalidad en el primer trimestre del embarazo. Su sospecha precoz es importante, ante toda mujer en edad fértil y con factores de riesgo indicativos de una gestación extrauterina.

La sintomatología suele ser amenorrea, abdominalgia, metrorragia, síntomas generales de gestación, e incluso síncope y shock. El diagnóstico del embarazo ectópico se basa en los datos clínicos, resultados analíticos en sangre y orina maternas, estudio sonográfico, culdocentesis, inspección laparoscópica o laparotómica y estudio histológico.

El tratamiento puede ser quirúrgico (salpingostomía o salpingectomía), médico (metotrexato) o expectante, dependiendo de los factores del embarazo ectópico: precocidad diagnóstica, presencia de complicaciones agudas, condición clínica de la paciente, etc. Se presenta el caso de una Paciente femenina de 36 años de edad, que es referida del Hospital Básico Pelileo con un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal, de 6 horas de evolución, tipo contracción de gran intensidad, localizado

en hipogastrio que se irradia a región lumbosacra, acompañado de náusea que no llega al vómito y malestar general.

La ecografía pélvica reporto cavidad endometrial ocupada por pseudosaco; en anexo izquierdo se observa masa heterogénea, vascularizada que mide 37x68mm, fondo de Saco de Douglas liquido libre en moderada cantidad.

Los hallazgos de laboratorio durante el transoperatorio, demostraron cifras de hemoglobina y hematocrito muy bajas confirmándose un shock hipovolémico. Se ingresa a quirófano para resolución de Hemoperitoneo y posteriormente se realiza legrado instrumental por embarazo ectópico. Su evolución post quirúrgica fue satisfactoria, siendo dada de alta al segundo día post operatorio.

PALABRAS CLAVES: EMBARAZO_ECTOPICO, POST_LIGADURA, SHOCK_ HIPOVOLÉMICO, HEMOPERITONEO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF MEDICINE
**“PREGNANCY ECTOPIC ANEMBRYONIC POST LIGATION MORE
HYPOVOLEMIC SHOCK”**

Author: Galarza Paredes Tania Marisol

Tutor: Dr. León Baquero Erica Fernanda

Date: July 2016

SUMMARY

Ectopic pregnancy is the implantation and development of the fertilized egg outside the endometrial cavity. Its incidence has increased in the last 30 years, and although it has decreased morbidity and mortality, is the first actual cause of death in the first trimester of pregnancy. His early suspicion is important to all women of childbearing age and risk factors indicative of extrauterine pregnancy.

Ectopic pregnancy diagnosis is based on clinical data, analytical results in maternal blood and urine, sonographic study, culdocentesis, laparoscopic or laparotomy inspection and histologic study. Treatment can be surgical, medical or watchful waiting, depending on the factors of ectopic pregnancy: diagnostic precocity, presence of acute complications, clinical condition of the patient, etc. the case of a female patient 36 years old, which is referred Basic Pelileo Hospital with a clinical picture characterized by abdominal pain, 6 hours of evolution, type contraction of great intensity, located in lower abdomen that radiates to region presents lumbosacral, accompanied by nausea and vomiting does not reach malaise. Pelvic ultrasound reported endometrial cavity occupied by pseudosaco; Annex heterogeneous mass in the left vascularized measuring 37x68mm, fornix of free liquid Douglas observed in moderate amount.

Laboratory findings showed low hemoglobin and hematocrit confirmed hypovolemic shock. You enter the operating room for Hemoperitoneum resolution and subsequently instrumental curettage is performed by ectopic pregnancy. His post surgical evolution was satisfactory, being discharged on the second postoperative day.

KEYWORDS: PREGNANCY ECTOPIC, POST LIGATURE, HYPOVOLEMIC SHOCK, HEMOPERITONEUM.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación del óvulo fertilizado fuera de la cavidad uterina. El embarazo ectópico (EE) es la anidación y desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. En las últimas 3 décadas su incidencia ha aumentado, ha disminuido su morbimortalidad y es la primera causa de mortalidad en el primer trimestre de embarazo, asociándose a otra nueva gestación en el 50% de los casos, de los cuales el 30- 50% concluyen con el parto de un feto vivo. Karen Mariel Delgado Nuñez (2012)

En la mayoría de los casos, el trofoblasto invade la pared tubárica y las manifestaciones clínicas vienen determinadas por el grado de invasión, la viabilidad del embarazo y el lugar de implantación. Cuando se produce la invasión vascular, se desencadena la hemorragia que distorsiona la anatomía tubárica, alcanza la serosa y genera dolor. La presentación clínica y el curso natural son, a veces, impredecibles: muchas gestaciones ectópicas son asintomáticas y se resuelven como abortos espontáneos, pero en otras ocasiones la paciente debuta con un cuadro de shock sin síntomas previos. El dolor abdominal brusco, intenso, en el hemiabdomen inferior es el síntoma más común y se presenta el 90-100% de las mujeres sintomáticas. Junto con el sangrado vaginal y la amenorrea/retraso menstrual, constituye la clásica tríada del diagnóstico clínico, aunque está presente en tan sólo el 50% de las pacientes con embarazo ectópico. Otras manifestaciones, como la clínica gravídica o el síncope, son más inconstantes en su presentación. Farquhar Cynthia (2005)

La coincidencia con un embarazo eutópico (intrauterino) se define como gestación heterotópica y tiene lugar en 1-2 de cada 10.000 embarazos espontáneos. Es también más frecuente con el empleo de técnicas de reproducción asistida. Scott JR (2007)

Birkhahn utilizó el índice de choque para valorar la posibilidad de un embarazo ectópico roto. Este índice refleja la frecuencia cardíaca dividida entre la presión sistólica y se emplea en la valoración de víctimas de traumatismo en busca de choque hipovolémico o séptico. El rango normal es de 0.5 a 0.7 en las mujeres no embarazadas. El índice de choque mayor de 0.85 aumenta 15 veces la probabilidad de que se trate de un embarazo ectópico roto. Karen Mariel Delgado Núñez (2012)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Proveer una aproximación razonable, sustentada en la mejor evidencia médica actualizada, disponible para la evaluación, diagnóstico y tratamiento emergente y urgente del Embarazo Ectópico y sus complicaciones, que contribuya en forma oportuna a disminuir la morbilidad materna en el Ecuador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los factores de riesgo asociados a una mayor incidencia de Embarazo Ectópico.
2. Analizar las características clínicas – obstétricas y ecográficas que permitan el diagnóstico diferencial entre Embarazo Ectópico y Embarazo Eutópico.
3. Evaluar la gravedad, para iniciar el tratamiento apropiado y/o referencia oportuna y segura a centros de mayor capacidad resolutive
4. Describir una secuencia ordenada de intervenciones eficaces para el manejo y tratamiento de Embarazo Ectópico.

1.- DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:

1.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO:

1.1.1- EMERGENCIA: 2 1/11/2015 HORA:13:00.

Paciente de 36 años, femenina, casada, mestiza, nacida en Ambato y residente en Pelileo (La Paz), de ocupación maquiladora, instrucción Primaria completa, católica, lateralidad diestra, grupo sanguíneo desconoce.

APP: Negativo

APQ: Cesárea mas Salpingectomía hace 5 años.

APF: Padre con Parkinson

Motivo de Consulta: Dolor abdominal

Enfermedad Actual: Paciente refiere que hace mas o menos 6 horas presenta cuadro de dolor abdominal, tipo contracción de gran intensidad localizado en hipogastrio e irradiado a región lumbar y hombros, sin causa aparente, acompañado de náusea que no llega al vómito y malestar general, acude al Hospital Básico Pelileo, en donde es valorada y referida a esta casa de salud con el diagnóstico de Embarazo Ectópico Accidentado.

Examen Físico: Paciente consciente, orientada en las tres esferas, algica.

Signos Vitales: TA:100/80 mm/Hg; FC: 87 lpm; FR: 20 rpm; temperatura: 37 grados

Abdomen: doloroso a la palpación superficial y profunda.

Ginecológico: Genitales de nulípara, no sangrado, cérvix posterior cerrado.

Exámenes (realizados en el Hospital Pelileo):. Ecografia con signos que sugiere Embarazo Ectopico; BHCG: Positivo

INDICACIONES:

- 1.- Ingreso a Gineco/obstetricia (13:20)
- 2.- Control de signos vitales permanente.
- 3.- Lactato Ringer 1000 cc. Intravenoso a 40 gotas por minuto.
- 4.- Tp, TTp, Tipificación, VDRL, HIV, BHCG cuantitativa.

1.1.2.- CENTRO OBSTETRICO: 21/11/2015 (13:40)

Datos de filiación:

Edad: 36 años

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Instrucción: primaria completa

Ocupación: maquiladora

Etnia: mestiza

Lugar de nacimiento: Ambato

Residencia actual: Tungurahua, Pelileo, Ciudadela La Paz.

Fecha de nacimiento: 06/09/1979

Grupo sanguíneo: B Rh Positivo

Fuente de información: directa (Paciente)

Fecha de ingreso: 21/11/2015

Fecha de egreso: 23/11/2015

Historia Pasada Patológica:

Antecedentes Familiares: Padre con Parkinson

Antecedentes Patológicos Personales: no refiere la paciente.

Antecedentes quirúrgicos: hace 5 años Cesárea mas Salpingectomía.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: menarquía a los 14 años; pubarquia a los 13 años, telarquia a los 10 años, inicio de vida sexual activa a los 18 años, Ciclos Menstruales Regulares por 5 días, Gestas: 5 (G1: hace 17 años, G2: hace 7 años, G3: hace 5 años, G4: Embarazo molar hace 6 meses, G5: Actual); Partos: 0; Aborto: 1; Cesáreas: 3; hijos vivos: 3. Fecha de última menstruación 10/10/2015, Edad gestacional: 6 semanas, Controles Prenatales :1, Fecha probable de parto: 16/07/2015,.

Historia Pasada No Patológica:

- **Alimentación:** 3 v/d, comidas ricas en carbohidratos y grasas.
- **Micción:** 3 - 5 v/d.
- **Defecación:** 3 v/a la semana.

- **Sueño:** 7 h/d.
- **Alcohol:** no consume.
- **Tabaquismo:** no consume.
- **Alergias:** no refiere.

Revisión de Aparatos y Sistemas:

- Sistema digestivo: presencia de dolor abdominal en hipogastrio de gran intensidad tipo contracción desde hace más o menos 6 horas de evolución.

Motivo de Consulta:

- *Dolor abdominal más malestar general.*

Enfermedad Actual:

Paciente presenta cuadro de dolor abdominal teniendo como fecha real y aparente 6 horas de evolución, dolor tipo contracción de gran intensidad localizado en hipogastrio e irradiado a región lumbosacra y hombros, sin causa aparente, acompañado de náusea que no llega al vómito y malestar general, no refiere haber ingerido medicación alguna por lo que el cuadro persiste y acude al Hospital Básico Pelileo, en donde es valorada y referida a esta casa de salud con el diagnóstico de Embarazo Ectópico Accidentado.

Examen Físico:

Medidas antropométricas: Peso: 87 kg. Talla: 1.58 m. IMC: 27,5 kg/m²

Signos vitales al ingreso: TA:101/68 mm/Hg; FC: 84 lpm; FR: 20 rpm; temperatura axilar: 36,9 °C, Saturación de oxígeno: 95% aire ambiente.

Inspección general:

Paciente de sexo femenino cuya edad aparente concuerda con la real, estado nutricional se evidencia obesidad, consciente, orientada, presencia de ansiedad, debilidad generalizada.

Piel y faneras: Coloración pálida, no cianótica, fría, húmeda, sensibilidad normal, temperatura normal.

Pelo: acorde con edad y sexo.

Cabeza: Forma normal del cráneo.

Ojos: Agudeza visual conservada

Conjuntivas palpebrales: pálidas; pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz y acomodación.

Oídos: Agudeza auditiva bilateral normal. Conductos auditivos externos normales y membranas timpánicas íntegras, coloración normal, no congestivas, ni abombamientos, sin retracciones, ni presencia de secreciones o cuerpos extraños.

Nariz: fosas nasales normales, no secreciones.

Boca y Faringe: Labios color y forma normales sin lesiones, faringe normal.

Dientes: Higiene regular, piezas dentales propias.

Cuello: Correcta posición de la tráquea, tiroides grado: 0 A, no nodulaciones ni masas palpables.

Tórax: Movimientos conservados, respiración rápida, ruidos cardiacos rítmicos, normo fonéticos, R1 y R2 presentes, no presencia de soplos ni arritmias.

Abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio, ruidos hidroaéreos ausentes.

Genitales: Femeninos de nulípara no se evidencia sangrado, utero dolorosos a la movilización.

Tacto Vaginal: Cérvix posterior cerrado no sangrante.

Extremidades: simétricas no edemas.

Vascular periférico: Pulso rápido y débil, llenado capilar 3 segundos.

Neurológico: Paciente consciente, orientado en tiempo lugar y persona, vigil, memoria conservada, no irritable, lenguaje comprensible.

Exámenes Complementarios:

- Ecosonografía pélvica: Día de ingreso de la paciente (21/11/2015) Se encuentra útero en anteverso, bordes uterinos lisos, mide 93x51 mm. Con un volumen de 89 cc. Miometrio homogéneo de características normales. Cavidad endometrial ocupada por pseudosaco. Dependiente de anexo izquierdo se observa masa heterogénea, vascularizada que mide 37x68mm. Rodeada de líquido libre. Fondo de Saco de Douglas liquido libre en moderada cantidad.

Diagnóstico: Embarazo Ectópico Accidentado (fig 1)



Indicaciones:

1. Nada por vía oral (NPO)
2. Control de signos vitales cada 30 min
3. Lactato Ringer 1000 centímetros cúbicos intravenoso cada 8 horas.
4. Ampicilina 2 gramos intravenoso en este momento.

5. Parte operatorio.
6. Preparar para quirófano.
7. Comunicar Anestesiología.

Resultados de exámenes complementarios solicitados:

- **Biometría Hemática:**(21/11/2015) Hora:14:12. (Fig. 2).

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMB

5/11/21 14:12
39 sec(50)
27.0 sec(50)
10.7
97.3
1.06

ID pac:	Apellido:	VILLENA	Nombre:	IRALDA	Sexo:	F
Edad:	Fecha nac:	21-11-2015	Dpto:	G/O	Nº cama:	N
ID muestr:	68	Hora prue:	21-11-2015 14:12	Modo:	WB CBC+DIFF	
Diag cli:						

Parámetro	Result	Unid	Parámetro	Result	Unid
WBC	7.56	x10 ³ /uL	RBC	4.17	x10 ⁶ /uL
Neu%	80.6	%	HGB	12.7	g/dL
Lym%	16.0	%	HCT	38.7	%
Mon%	2.1	%	MCV	92.9	fL
Eos%	1.2	%	MCH	30.5	pg
Bas%	0.1	%	MCHC	32.8	g/dL
Neu#	6.10	x10 ³ /uL	RDW-CV	12.5	%
Lym#	1.20	x10 ³ /uL	RDW-SD	48.2	fL
Mon#	0.16	x10 ³ /uL	PLT	235	x10 ³ /uL
Eos#	0.09	x10 ³ /uL	MPV	9.1	fL
Bas#	0.01	x10 ³ /uL	PDW	15.9	fL
* ALY%	0.1	%	PCT	0.214	%
* LIC%	0.0	%			
* ALY#	0.01	x10 ³ /uL			
* LIC#	0.00	x10 ³ /uL			

* sólo uso en investigación, no para diagnóstico

- **Química Sanguínea:** (21/11/2015) Hora:14:18. Normal (Fig. 3).

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
LABORATORIO CLINICO
QUIMICA SANGUINEA

ID	68	FECH	21/11/15 14:18:36
NO.M.	E000034 00003-3	ID OPERADOR	bmserv
		Comment-001	VILLENA IRLANDA

SEX

TEST	RESULT	UNID	VALGR REF.	ALARM
UREA	17.2	mg/dL	(16.6- 48.5)	
BUN	8		(6- 20)	
GLUCOSA	82.5	mg/dL	(74- 106)	
CREATININA	0.87	mg/dL	(0.70- 1.20)	
ACIDO URICO	4.4	mg/dL	(3.4- 7.0)	

- **Grupo:** B Positivo
- **TP:** 11seg.
- **TTP:** 36 seg.
- **INR:** 1.1
- **VDRL:** No reactivo
- **HIV:** No reactivo
- **BHCG cualitativa:** Positivo

A las dos horas de hospitalización la paciente presenta malestar general y signos de descompensación con:

Tensión arterial: 80/60 mm/hg

Frecuencia Cardíaca: 88 latidos por minuto.

Frecuencia respiratoria: 30 respiraciones por minuto.

Por lo que ingresa a quirófano, previa profilaxis antibiótica con ampicilina 2 gramos intravenoso, aproximadamente a las 16:35. minutos inicia la cirugía con:

a. Diagnostico preoperatorio. Embarazo Ectópico Accidentado posterior a ligadura.

b. Diagnostico post-operatorio: Hemoperitoneo, Shock Hipovolémico; Dehiscencia post ligadura ampular de trompa uterina izquierda, Quiste Hemorrágico ovárico izquierdo

c. Anestesia Raquídea se convierte a General

d. Cirugía:

d.1 LAPAROTOMÍA.-

- Succión de Hemoperitoneo
- Síntesis de trompa uterina Izquierda
- Cistectomía de Quiste Hemorrágico de Ovario Izquierdo.
- Lavado de cavidad.

d.2 LEGRADO INSTRUMENTAL POR PSEUDOSACO GESTACIONAL(eco)

e. Hallazgos

- e.1. Hallazgos Laparotomía:
 1. Hemoperitoneo de 3500 cc.
 2. Trompa izquierda sangrante con dehiscencia de ligadura antigua a nivel ampular.
 3. Quiste hemorrágico ovárico izquierdo.
- e.2. Hallazgos Legrado Instrumental:
 1. Restos corioplacentarios en moderada cantidad.

f. Complicaciones: Ninguna

g. Sangrado: 4000 cc.

h. Diuresis: 400 cc. clara

i. Histopatológico: Restos Corioplacentarios.

j. Tipo de Cirugía: Limpia

k. Team quirúrgico: Medicos del Servicio.

Durante el transoperatorio se realiza hematocrito y hemoglobina de urgencia con resultados de 26.4 %, 8.6 g/dl respectivamente y se transfunde dos paquetes globulares. (Fig. 4).

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMI						
ID pqr:	Apellido:	VILLENA	Nombre:	*IRALDA	Sexo:	N
Edad:	Fecha nac:		Dpto:	G/O	Nº can:	
ID muestr:	92	Hora prue:	21-11-2015 17:15	Modo:	WB CBC+DIFF	
Diag:cll:						
Parámetro	Result	Unid	Parámetro	Result	Unid	
WBC	7.37	x10 ³ /uL	RBC	2.85	x10 ⁶ /uL	
Neu%	H	77.3 %	HGB	L	8.6 g/dL	
Lym%	L	19.3 %	HCT	L	26.4 %	
Mon%	L	2.3 %	MCV		92.6 fL	
Eos%		1.0 %	MCH		30.2 pg	
Bas%		0.1 %	MCHC		32.6 g/dL	
Neu#		5.69 x10 ³ /uL	RDW-CV		12.3 %	
Lym#		1.42 x10 ³ /uL	RDW-SD		47.6 fL	
Mon#		0.18 x10 ³ /uL	PLT		181 x10 ³ /uL	
Eos#		0.07 x10 ³ /uL	MPV		8.5 fL	
Bas#		0.01 x10 ³ /uL	PDW		15.8	
* ALY%		0.0 %	PCT		0.154 %	
* LIC%		0.0 %				
* ALY#		0.00 x10 ³ /uL				
* LIC#		0.00 x10 ³ /uL				

**" sólo uso en investigación, no para diagnóstico

Paciente egresa de quirófano en condiciones estables.

Indicaciones:

- 1.- Nada por vía oral.
- 2.- Control de signos vitales cada 8 horas.
- 3.- I/E
- 4.- Aposito
- 5.- Sangrado Genital
- 6.- Lactato Ringer 1000 cc mas Tramadol 50 mg iv cada 8 horas.
- 7.- Oxitocina 20 U. en el primer Lactato.
- 8.- Ampicilina mas Sulbactam 1,5 gr iv. Cada 8 horas.
- 9.- Diclofenaco 75 mg im. Stat y cada 8 horas.
- 10.- Metoclopramida 10 mg iv stat
- 11.- Paquetes Globulares pasar 2 stat a 40 gotas por minuto.
- 12.- Gluconato de Calcio al 10 % 1 ampolla iv stat.
- 13.- Plasma Fresco Congelado 1 paquete stat.
- 14.- Sonda vesical permeable.
- 15.- Histopatologico: Restos Corioplacentarios.
- 16.- BH. De control 6 horas post transfusión.
- 17.- Pase a Sala de Hospitalización estable.

1.1.3.- HOSPITALIZACION:

22/11/2015 HORA: 08:00

**Primer día: Post Laparotomía por Embarazo Ectópico Accidentado más
Legrado Instrumental:**

Paciente descansa tranquila:

Tensión Arterial: 100/60 mmHg; Frecuencia Cardiaca: 80 lpm; Frecuencia Respiratoria: 20 rpm. Diuresis: 3985 cc.

S: Refiere dolor a nivel de herida quirúrgica.

O: Abdomen suave, depresible, con dolor en herida quirúrgica mediana infraumbilical, ruidos hidroaereos presentes.

A: exámenes de laboratorio post transfusión reportan HGB: 12.3 mg/dl, Hct: 38.8 %, Evolución favorable, hemodinamicamente estable. (Fig. 5).

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO			
Nomb:	VILLENA IRALDA	Sex:	Mujer
Nº gra:		Dept:	
Hora pñe:	22-11-2015 10:07	ID:	56
Hora muestreo:		Hora entrega:	
Eda:	37 años	Nº cama:	WB
Modo:	WB		
Elem pñe	Result	Unid	Rango ref
WBC	6.82	10 ³ /uL	4.00 - 10.00
Neu#	5.41	10 ³ /uL	2.00 - 7.00
Lym#	0.93	10 ³ /uL	0.80 - 4.00
Mon#	0.32	10 ³ /uL	0.12 - 1.20
Eos#	0.15	10 ³ /uL	0.02 - 0.50
Bas#	0.01	10 ³ /uL	0.00 - 0.10
Neu%	H 79.4	%	50.0 - 70.0
Lym%	L 13.6	%	20.0 - 40.0
Mon%	4.7	%	3.0 - 12.0
Eos%	2.2	%	0.5 - 5.0
Bas%	0.1	%	0.0 - 1.0
RBC	4.29	10 ⁶ /uL	3.50 - 5.50
HGB	12.3	g/dL	11.0 - 16.0
HCT	38.8	%	37.0 - 54.0
MCV	90.4	fL	80.0 - 100.0
MCH	28.7	pg	27.0 - 34.0
MCHC	L 31.7	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	12.8	%	11.0 - 16.0
RDW-SD	43.2	fL	35.0 - 56.0
PLT	L 126	10 ³ /uL	150 - 450
MPV	8.3	fL	6.5 - 12.0
PDW	16.4		9.0 - 17.0
PCT	L 0.105	%	0.108 - 0.282
P-LCC	31	10 ⁹ /L	30 - 90
P-LCR	24.8	%	11.0 - 45.0

P: Monitoreo de exámenes, indicaciones.

Indicaciones:

- 1.- Dieta Blanda
- 2.- Control de Signos vitales.
- 3.-I/E
- 4.- Sangrado Genital
- 5.- Lactato Ringer 1000 cc mas Tramadol 50 mg iv cada día.
- 6.-Ampicilina mas Sulbactam 1,5 gr iv cada 8 horas.
- 7.- Diclofenaco 75 mg im. Stat
- 8.- Sonda Vesical Permanente
- 9.- Biometría Hemática de control

23/11/2015 HORA: 09:00

Segundo día: Post Laparotomía por Embarazo Ectópico Accidentado más Legrado Instrumental:

Buen estado General, signos vitales normales:

Tensión Arterial: 100/70 mmHg; Frecuencia Cardíaca: 80 lpm; Frecuencia Respiratoria: 22 rpm.

S: Refiere leve dolor a nivel de herida quirúrgica.

O: Consciente , Orientada, Mucosas orales húmedas, Abdomen suave, depresible, poco dolor en herida quirúrgica, ruidos hidroaereos presentes.

A: Paciente con evolución favorable, exámenes de laboratorio de control reportan HB: 12.7 mg/dl, Hct: 39.8 %. (Fig. 6).

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO			
Nomb: VILLENA IRALDA	Sex:	Eda:	
Nº grá:	Dept:	Nº cama:	
Hora prueb: 23-11-2015 00:22	ID: 123	Modo: WB	
Hora muestreo:	Hora entrega:		
Elem prue	Result	Unid	Rango ref
WBC	5.51	10 ³ /uL	4.00 - 10.00
Neu#	3.99	10 ³ /uL	2.00 - 7.00
Lym#	1.02	10 ³ /uL	0.80 - 4.00
Mon#	0.25	10 ³ /uL	0.12 - 1.20
Eos#	0.24	10 ³ /uL	0.02 - 0.50
Bas#	0.01	10 ³ /uL	0.00 - 0.10
Neu%	H: 72.5	%	50.0 - 70.0
Lym%	L: 18.6	%	20.0 - 40.0
Mon%	4.5	%	3.0 - 12.0
Eos%	4.3	%	0.5 - 5.0
Bas%	0.1	%	0.0 - 1.0
RBC	4.36	10 ⁶ /uL	3.50 - 5.50
HGB	12.7	g/dL	11.0 - 16.0
HCT	39.8	%	37.0 - 54.0
MCV	91.2	fL	80.0 - 100.0
MCH	29.1	pg	27.0 - 34.0
MCHC	L: 31.9	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	13.4	%	11.0 - 16.0
RDW-SD	45.4	fL	35.0 - 56.0
PLT	L: 124	10 ³ /uL	150 - 450
MPV	8.5	fL	6.5 - 12.0
PDW	16.2	%	9.0 - 17.0
PCT	L: 0.105	%	0.108 - 0.282
P-LCC	L: 29	10 ⁹ /L	30 - 90
P-LCR	23.6	%	11.0 - 45.0

P: Alta con indicaciones

1. Completar esquema de antibióticos, analgésicos.
2. Retiro de puntos en 8 días.
3. Control en Centro de Salud(se entrega hoja de referencia)

Aproximadamente al mes se recibe el resultado histopatológico el mismo que reporta: Endometrio del Embarazo y Fragmentos de decidua. (Fig. 7).

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO			
APELLIDO PATERNO		MATERNO	
VILLENA	BARRERA	IRALDA MAGALY	30999
SERVICIO	SALA CAMA	EDAD SEXO FE. ORTEN.	C.C.
		36 F 21/11/2015	180336015-3
SOLICITUD DE EXAMEN			
DIAGNOSTICO CLINICO		EMBARAZO ANEMBRIONADO	
OPERACION PRACTICADA		RESTOS CORIOPLACENTARIOS	
TRATAMIENTO		ORIGEN Y/O NATURALEZA DE LA PIEZA	
DATOS DE ORIENTACION DIAGNOSTICA			
SOLICITANTE		Nº DE PIEZAS	
Mº MEDICO		FIRMA DEL MEDICO	
INFORME ANATOMO-PATOLOGICO			
FECHA DE RECEPCION		FECHA DE ENTREGA	
21/11/2015		09/12/2015	
DESCRIPCION MACROSCOPICA:		Nº INFORME	
Se recibe varios fragmentos de tejido blando de color blanquecinos, que miden de escasos milímetros a 0.6 cm.		3216-18	
DESCRIPCION MICROSCOPICA:			
En los cortes histológicos se observan múltiples fragmentos de endometrio del embarazo y decidual.			
DIAGNÓSTICO:			
* ENDOMETRIO DEL EMBARAZO Y FRAGMENTOS DE DECIDUA			
Dr. José Rodríguez F. ANATOMO PATOLOGO		ENTREGADO 16 DIC 2015	

1.2.- AGRUPACIÓN POR PROBLEMAS:

Tabla 1: Agrupacion por problemas

<i>Problemas Activos</i>	Problemas Pasivos
<i>Dolor en hipogastrio y fosas iliacas</i>	Astenia
<i>Malestar General</i>	Palidez
<i>Náuseas</i>	Taquicardia
<i>Vómito</i>	Taquipnea
<i>Hipotensión</i>	Ansiedad
<i>Omalgia</i>	Utero doloroso a la movilización
<i>Líquido en el fondo de saco</i>	Distensión abdominal
<i>Shock</i>	Ruidos hidroaéreos ausentes
	Llenado capilar 3 seg
	Masa en los anejos
<i>Problemas Intrínsecos</i>	Problemas Extrínsecos
<i>Edad</i>	Ligadura transcesarea hace 5 anos.

1.3.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA:

De acuerdo a las manifestaciones clínicas-obstétricas, anamnesis y exámenes complementarios se concluye que la paciente presenta una patología ginecológica por: Shock Hipovolémico secundaria a Hemoperitoneo por dehiscencia sangrante de la Ligadura Ampular de Trompa Uterina Izquierda y Quiste Hemorrágico Ovárico Izquierdo; y Obstétrico por la presencia de pseudosaco confirmado por Eco Obstétrico Transvaginal y por dosificación de Laboratorio: BHCG cualitativa positiva, en Hospital Básico del Ministerio de Salud; resolviéndose de manera urgente y emergente su patología hemodinámica de base mediante dos procedimientos: Laparotomía para localizar y resolver el sangrado intraabdominal mediante la síntesis de la dehiscencia post ligadura ampular de trompa uterina izquierda y la cistectomía de quiste hemorrágico de ovario izquierdo; acto seguido se resuelve con Lgrado Instrumental por pseudosaco y además transfusión de hemoderivados; obteniéndose evolución favorable post quirúrgica; destacando la importancia de este cuadro gineco- obstétrico de alto riesgo para la paciente a pesar del antecedente de Ligadura.

1.4.- AGRUPACIÓN SINDRÓMICA:

Signos y Síntomas del Paciente

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Vómito
- Timpanismo
- Ruidos hidroaéreos ausentes
- Malestar General
- Náuseas
- Hipotensión
- Astenia
- Palidez
- Taquicardia
- Taquipnea
- Ansiedad
- Llenado capilar 3 seg
- Omalgia
- Utero doloroso a la movilización
- Líquido en el fondo de saco
- Shock
- Masa en anejos

Embarazo Ectópico

Tabla 2: Embarazo Ectopico

Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Presente en el paciente	Ausente en el paciente
Dolor en hipogastrio y fosas iliacas	X	
Malestar General	X	
Náuseas	X	
Vómito	X	
Ruido hidroaéreos ausentes	X	
Hipotensión	X	
Omalgia	X	
Shock	X	
Palidez	X	
Taquicardia	X	
Utero doloroso a la movilización y vacío	X	
Distensión abdominal	X	
Masa en los anejos	X	
Líquido en el fondo de saco	X	
Saco fetal en la trompa	X	
Actividad cardiaca fetal en los anejos		X

Síndrome de Shock Hipovolémico

Tabla 3: Síndrome de Shock Hipovolémico

Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Presente en el paciente	Ausente en el paciente
Dolor abdominal	X	
Hipotensión	X	
Taquicardia	X	
Taquipnea	X	
Palidez	X	
Ansiedad	X	
Llenado capilar 3 seg	X	

1.5.-DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

La realización del presente caso clínico, se realizó bajo la descripción de múltiples fuentes en la que cabe destacar, la recopilación y el análisis detallado de:

- Historia Clínica, en la que se destaca la revisión de documentos a través de la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, tiempos de permanencia en las diferentes unidades y servicios hospitalarios, manejo clínico, características de la atención, identificación de puntos críticos, así como sus oportunidades de mejora después de su egreso hospitalario.
- Guías de práctica clínica y Artículos de revisión, ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objetivo de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el tratamiento de un paciente individual.
- Información directa a través de la aplicación de entrevista a paciente, con el objetivo de determinar las condiciones de ingreso, tiempos de atención, calidad y rapidez en la realización de solicitudes, acceso a las distintas unidades de salud y oportunidades de mejora después de su egreso, en la que se obtuvo información acerca de su cumplimiento farmacológico y cambios en su estilo de vida, así como sus posibilidades de mejora.

1.6.- DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

1.6.1.- FACTORES DE RIESGO PERSONALES

Un factor que presenta nuestra paciente es el tiempo que ha transcurrido desde la esterilización, y la edad que tenía en aquel momento, ya que la incidencia aumenta con estos factores.

Otros posibles factores de riesgo incluyen el tipo de cirugía tubarica previa a la que fue sometida.

1.6.2. FACTORES DIETÉTICOS

Sin importancia

1.6.3.- FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LOS SERVICIOS DE SALUD:

Entre los factores que intervinieron en el retraso del diagnóstico y la capacidad resolutoria del Hospital Básico Pelileo que al no contar con los equipos tecnológicos necesarios ni recursos resolutivos impidieron el manejo integral a corto plazo, dilatando el proceso patológico el cual podría haber derivado en complicaciones serias.

1.6.3.1.- ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.

La paciente por su condición socioeconómica media depende de los servicios de las casas de salud del Ministerio de Salud Pública, en este caso el Hospital Básico de Pelileo se consideró como un Hospital de referencia.

1.6.3.2.- OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN DE SALUD

La paciente tuvo una atención rápida e integral al solicitar los servicios de salud en Hospital Provincial Docente Ambato del MSP.

1.6.3.3.- OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN

La remisión de este tipo de pacientes debe ser oportuna, de tal manera que cuente con atención por especialidad en este caso sería Gineco-Obstetrica para un manejo integral de la paciente, con calidad y calidez como es el objetivo del Ministerio de Salud Publica.

La paciente fue dada de alta en condición estable de esta casa de salud al segundo día post -operatorio con Score MAMA DE 0. Se realizo seguimiento de rutina post quirúrgica.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico es la implantación y desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. Su incidencia ha aumentado en los últimos 30 años, y aunque ha disminuido su morbimortalidad, es la primera causa actual de mortalidad en el primer trimestre del embarazo. Su sospecha precoz es importante, ante toda mujer en edad fértil y con factores de riesgo indicativos de una gestación extrauterina. López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

El embarazo ectópico ha venido ascendiendo progresivamente en las últimas décadas hasta alcanzar el 2% del total de los embarazos. Se estima que en este momento es responsable del 10-15% de las muertes maternas relacionadas con el embarazo. Por gestación heterotópica se entiende a la coexistencia de una gestación intrauterina con otra localizada fuera de la cavidad endometrial (gestación ectópica), circunstancia que ocurre en 1 de cada 30.000 embarazos espontáneos, 1 de cada 9.000 mujeres gestantes como resultado de una inducción ovulatoria con citrato de clomifeno y hasta el 1% de las parejas sometidas a técnicas de reproducción asistida. Carballo-A, Hijona-J (2012)

2.1.1 LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO

La fecundación del óvulo por el espermatozoide normalmente se lleva a cabo en el tercio externo de la trompa; habitualmente el óvulo fecundado permanece unos días en esta, para posteriormente, en la fase de blastocito, emigrar hacia el endometrio donde se implantará; toda anidación diferente a la comentada es un EE. Su localización es tubárica en el 98,3% de los casos (ampular 70%; ístmica 12%; fímbrica 11,1%; intersticial 1,9%) y extratubárica en el 1,7% de ellos (corteza ovárica 3,2%; abdomen-superficie peritoneal 1,3%; cérvix-canal cervical 0,15%) López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

2.1.2 FACTORES DE RIESGO PARA EL PADECIMIENTO DE EE.

En general se entiende que son causa de gestación ectópica todos los elementos que pudieran afectar de alguna forma a la capacidad de la trompa para transportar los gametos o embriones, por lesión endoluminal y/o por interferencia en la movilidad.

TABLA 4

Edad superior a 40 años
Antecedentes de gestación ectópica
Presencia de lesiones tubáricas
Antecedente de cirugía tubárica previa (incluyendo la ligadura tubárica)
Infecciones genitales previas
Antecedente de más de 1 pareja sexual
Abortos previos (espontáneos o inducidos)
Tabaquismo previo o actual.
Uso de DIU (previo o actual)
Exposición a dietilestilbestrol
Técnicas de reproducción asistida

Fuente: Carballo-A, Hijona-J (2012)

El riesgo de EE varía según la esterilización tubárica.- La ligadura de trompas se pretende que sea permanente y es generalmente eficaz, pero no se puede descartar un embarazo ectópico incluso 15 años después de la esterilización. Según estudios sugieren que el riesgo de Embarazo ectópico después de la ligadura de trompas es mayor en las mujeres esterilizadas cuando tenían menos de 28 años. Las mujeres jóvenes pueden estar particularmente en alto riesgo de embarazo ectópico después de la ligadura de trompas y su riesgo puede duplicar entre 5 y 15 años después de la esterilización. Los métodos como Electrodestrucción y salpingectomía parcial por laparoscopia conllevan a un mayor riesgo de Embarazo ectópico, pero representan una pequeña proporción de procedimientos generales. Eva Malacova -Anna Kemp (2014)

2.1.3 CLÍNICA.

Los síntomas del EE se relacionan con la producción de un hematosálpinx secundario a la erosión trofoblástica de los vasos tubáricos que ocasiona la rotura de la estructura de anidación, con la hemorragia y dolor correspondientes; no obstante, el 40-60% de los casos de EE son asintomáticos por una reabsorción trofoblástica espontánea. López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

Los síntomas más frecuentes se detectan ante la exploración abdominal: en el 90% de los casos se presenta sensibilidad palpatoria y signos de rebote positivo (principalmente ante un EE roto).

Las características del dolor abdominal dependen del momento evolutivo:

- 1) en las fases iniciales predomina en la parte inferolateral y es no intenso;
- 2) en la progresión gestacional hacia la rotura tubárica se hace más intenso, y
- 3) cuando dicha rotura está presente, el dolor correspondiente es agudo, severo por la irritación peritoneal secundaria al hemoperitoneo y con omalgia ocasional por la irritación diafragmática.

La abdominalgia súbita, intensa y unilateral puede ser detectada en el 90% de los casos sintomáticos. López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

La metrorragia es consecuencia de la privación en la estimulación hormonal endometrial (dicha estimulación propicia previamente el surgimiento de la decidua); suele ser escasa y de sangre oscura y recurrente; cuando es abundante y roja obliga a plantear el diagnóstico de un posible aborto.

El examen ginecológico puede mostrar dolor ante la movilización del cérvix (75% de los casos), y una masa palpable anexial; mediante la inspección especular puede detectarse la metrorragia vía intrauterina, y síntomas indicativos de EE cervical (cérvix aumentado de tamaño, violáceo y con dolor en el cuello uterino ante el tacto vaginal).

Puede clasificarse según la hemodinamia de la paciente esté comprometida o no y se verifica por tres tipos de accidente.

- Con estabilidad hemodinámica, las complicaciones son: hematosálpinx y aborto tubárico.
- Con signos de descompensación hemodinámica o shock, dado por la rotura del mismo, ocurriendo un hemoperitoneo.

2.1.4 DIAGNÓSTICO

La mayoría de los algoritmos diagnósticos actuales integran la clínica, la ecografía transvaginal y las determinaciones séricas de gonadotropina coriónica humana .

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia establece que la combinación de estos tres elementos permite obtener una sensibilidad del 96%, una especificidad del 97% y un valor predictivo positivo del 95%). Carballo-A, Hijona-J (2012)

2.1.4.1- CUANTIFICACIÓN DE β -hCG EN EMBARAZO ECTÓPICO ROTO

La gonadotropina coriónica se detecta en el suero a partir del octavo día después de que alcanza las concentraciones máximas de hormona luteinizante (LH). Williams Ginecología

La hormona β -hCG es secretada por sincitiotrofoblasto y el aumento del nivel de hCG en suero indica la presencia de embarazos uterinos viables: β -hCG se duplica cada 1,5 días hasta 5 semanas después del último período menstrual, y luego cada 3,5 días a partir de la 7ª semana (o cuando β -hCG es > 10.000 UI / L). Aunque las concentraciones de β -hCG no aumentan a este ritmo en los embarazos ectópicos más, la medición de β -hCG que es un marcador preciso de viabilidad trofoblástica se utiliza comúnmente para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con EE.

Un análisis multivariado identificó que la ruptura de trompas ocurrió con más frecuencia en los pacientes que son mayores de 35 años y en las mujeres cuyos valores de β -Hcg superiores de 1750 UI / ml Royá Farají Darkhaneh-Maryam Asgharnia(2015)

La degeneración Trofoblasto con cese de la producción de la hormona, una masa muy pequeña de las vellosidades coriónicas (que produce poca o ninguna hormona) o defectuosa biosíntesis de β -hCG puede ser la explicación el valor bajo o ausente de β -hCG en estos pacientes.

Royá Farají Darkhaneh-Maryam Asgharnia(2015)

2.1.4.2.- HALLAZGOS ECOGRÁFICOS.

Los hallazgos encontrados en embarazos ectópicos rotos son: Un saco pseudogestacional se encuentra en 10-20% de los embarazos ectópicos, los hallazgos anexiales en la ecografía incluyen un embrión vivo con actividad cardíaca extrauterina se detecta en 8-26%, un saco gestacional extrauterino que contiene un saco vitelino con o sin un embrión, un anillo de trompas, y una masa anexial compleja. El Hemoperitoneo se encuentra en aproximadamente 40 a 83% de los pacientes con embarazo ectópico complicado. Srikar Adhikari - Jared Marx (2012)

El hallazgo de un pseudosaco intrauterino o de líquido en cavidad abdominal en cuantía mayor de la habitual puede también ser considerado a la hora de sospechar un embarazo extrauterino. Hasta en el 10% de las exploraciones ecográficas se descubre la presencia de un pseudosaco, que es el reflejo de la presencia de líquido intrauterino rodeado de una reacción decidual gruesa. Se diferencia de un verdadero saco por la ausencia de las dos capas deciduales, su localización central, forma oval y fino anillo ecogénico periférico. Doppler puede ser de gran utilidad para la diferenciación del verdadero saco gestacional ya que este último muestra un flujo arterial periférico con patrón de baja resistencia. Carballo-A, Hijona-J (2012)

2.1.5.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La secuencia diagnóstica descrita del embarazo ectópico, permite establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos ginecológicos como:

1. El ***aborto incompleto***, suele presentar un dolor abdominal de tipo cólico central, la metrorragia es igual o superior a la regla y está precedida siempre de amenorrea.

La exploración general no muestra signos de anemia, y si la hay, está en relación con la metrorragia habida. Sin embargo, no es raro que un embarazo ectópico sea diagnosticado de aborto incompleto, y la paciente sometida a legrado uterino, siendo el examen histopatológico el que revela el error diagnóstico.

2. La ***enfermedad inflamatoria pélvica*** (EIP) es un proceso a menudo bilateral susceptible de tratamiento médico. Se puede diferenciar del ectópico por la clínica, la analítica y en última instancia por la laparoscopia. La clínica revela fiebre y leucorrea y la analítica revela leucocitosis con desviación a la izquierda y ausencia de signos de anemia. Además, la determinación de β -HCG es negativa y en la culdocentesis se obtiene líquido purulento.

3. El ***quiste de ovario accidentado*** al igual que el *cuerpo lúteo hemorrágico*, suelen presentar el mismo cuadro del ectópico accidentado, con la paciente hemodinámicamente inestable, por lo que es difícil diferenciarlos del mismo. La confirmación del diagnóstico suele realizarse durante el acto quirúrgico. En este caso el error diagnóstico, no tiene trascendencia, dado que el tratamiento de ambos procesos es quirúrgico.

4. Otros procesos pélvicos como la ***apendicitis*** puede confundirse con el ectópico. En este caso el tipo de dolor localizado en fosa ilíaca derecha con defensa abdominal, la participación de sintomatología gastrointestinal y los signos de un proceso infeccioso apendicular, orientan el diagnóstico de la patología presente.

En los casos en los que sea difícil diferenciar un embarazo normal de un EE, es de interés el estudio histológico del material intrauterino desprendido por el legrado, pues confirma el diagnóstico de EE mediante la constatación de la ausencia de vellosidades coriales y del fenómeno de Arias-Stella (presencia de una decidua intrauterina hipersecretora y atípica, patognomónica de EE). López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

2.1.6.-EVOLUCIÓN

En el EE tubario la ausencia de una capa submucosa dentro de la Trompa de Falopio facilita el acceso del óvulo fertilizado al Epitelio y permite su implantación dentro de la pared muscular. Conforme el trofoblasto erosiona la capa muscular subyacente, la sangre materna se derrama en los espacios dentro del trofoblasto o en el tejido adyacente. Williams Ginecología.

- La evolución del EE depende de su localización inicial:

1. EE tubárico:

- Ampular: el embrión suele ser expulsado a la cavidad abdominal con discreta hemorragia en el fondo del saco de Douglas.
- Ístmico: se asocia a rotura tubárica precoz con cuadro de abdomen agudo y shock.
- Fímbrico: el huevo migra hacia la cavidad abdominal.
- Intersticial: lo habitual es la progresión hacia la rotura uterina.
- Cervical: suele evolucionar hacia la metrorragia, que puede ser desde leve hasta profusa.

2. EE ovárico: suele progresar hacia la rotura y hemorragia en el lugar de implantación.

3. EE abdominal: puede ser primario (fecundación e implantación en el peritoneo) o secundario (proveniente del ovario o las fimbrias). López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

➤ La EE puede clasificarse según su progresión, en:

1. EE en evolución o no roto: sin rotura tubárica ni hemoperitoneo, y
2. EE accidentado o roto: a los síntomas iniciales se les añade la abdominalgia y/o la omalgia bruscas e intensas con peritonismo y clínica por hemorragia (hipotensión, shock hipovolémico, etc.). López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

Los accidentes del embarazo ectópico aceptado por disímiles autores pueden ser tres:

1. Muerte ovular precoz, formándose el Hematosálpinx, al desprenderse el huevo y los residuos vellositarios, con lesiones del lecho placentario que originan reacciones fibrosas tardías, produciendo obstrucción total o parcial de la trompa y del cierre de los extremos de esta.
2. Aborto tubario: Es la forma más habitual de terminar el EE, más frecuente en las variedades infundibular, ampular e ístmico-ampular y puede ser: completo (cese de la hemorragia y desaparición de los síntomas), incompleto (persistiendo la hemorragia por fragmentos ovulares que pueden llegar a la formación de pólipo placentario).
3. Rotura tubaria, puede ocurrir a cualquier nivel, en estas variedades (ístmicas, en las primeras 5 sem e intramurales, entre las 8 y 16 sem). El sangramiento es abundante por rotura de arterias que son ramas del territorio vascular ovárico y uterino, por lo que la hemorragia con frecuencia es fatal. Este sangrado puede formar un hematocele difuso o un hematoma intraligamentoso.

La rotura de la trompa se produce por fisuración o agrietamiento y más raramente por rotura brusca. Probablemente ocurre debido a un fallo de la apoptosis, fenómeno que existe en los tejidos maternos y fetales sobre todo en el embarazo en etapas iniciales, entonces el tejido trofoblástico tendría mayor persistencia y agresividad terminando con la rotura de la trompa.

El hematosalpinx y la rotura de la trompa, son grados sucesivos de un proceso, en el orden que se han mencionado; un diagnóstico temprano permite la sobrevivencia materna y conservar la capacidad reproductiva de esa mujer joven. López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

2.1.7.- MANEJO

El cuadro clínico de la rotura de la trompa y el hemoperitoneo, basado en signos vitales y descompensación hemodinámica no tienen una gran sensibilidad diagnóstica señalan *Hicks y Brennan*, tampoco debe realizarse el diagnóstico retrospectivo por medio de una laparotomía, pues la cirugía no está exenta de complicaciones. López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

En un estudio multicéntrico, *Bickell* observó que al realizarse el diagnóstico del EE y llevar a cabo el tratamiento en un promedio de 7 días posterior a la aparición de la sintomatología de la paciente, existió una tasa de rotura tubaria del 32 %.

Él encontró que el riesgo de rotura disminuye del 5 al 7 % si solo han transcurrido 48 h del inicio de los síntomas y que puede reducirse al 2,5 %, si el tratamiento se impone en las 24 h de constatados los síntomas. López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

2.1.7.1.-TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La vía laparoscópica es preferible a la laparotomía por su menor morbilidad, su mayor rapidez en la recuperación y la equiparable tasa de gestación posterior, (nivel

de evidencia Ia, grado de recomendación A). Pero si la paciente presenta datos de rotura tubárica con shock hipovolémico se recomienda la salpingectomía vía laparotómica. Se considera de elección la salpingostomía cuando la trompa contralateral es anómala o está ausente y la salpingectomía cuando la trompa contralateral parezca normal. Carballo-A, Hijona-J (2012)

Tras la salpingostomía son necesarios los controles semanales de β -Hcg hasta que sus valores se negativicen, pues si se estabilizasen o ascendiesen habría de ser suplementada dicha cirugía con la administración de MTX 50 mg /m² vía im, pues el trofoblasto que aún persista sigue proliferando; esta técnica quirúrgica previa también denominada salpingostomía lineal conlleva que las trompas queden permeables en el 65-100% de los casos, y que en un 16% de ellos surja un posterior embarazo.

El abordaje laparoscópico respecto del laparotómico, para la práctica de una salpingostomía, se caracteriza por presentar unas menores: morbilidad, estancia hospitalaria, coste económico y recurrencias del EE; una mayor tasa de persistencia trofoblástica; e igualdad de posibilidades de alcanzarse fertilizaciones futuras con ambas técnicas salpingotómicas. López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

2.1.7.2.-TRATAMIENTO MÉDICO

El tratamiento médico del EE consiste en la administración de sustancias que lisen el trofoblasto, ante la presencia de una gestante con: un EE no complicado, hemodinámicamente estable, función hepática y renal normales, masa anexial de pequeño tamaño y niveles de β -Hcg menoresde 5.000 mUI/ml; los fármacos pueden emplearse por vía sistémica im (MTX, actinomicina D), o tópica (MTX, prostaglandinas, glucosa hiperosmolar, cloruro potásico, RU-486) mediante un régimen de dosis múltiple fija (a 1 mg/Kg de peso corporal, combinado con ácido fólico o leucovorina para reducir su toxicidad. López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

El antimetabolito de MTX es un antagonista del ácido fólico, por lo que inhibe la síntesis de purinas y pirimidinas y, por consiguiente, bloquea la producción de ADN y la proliferación celular. López-Luque, Bergal-Mateo (2014)

2.2.-SHOCK HIPOVOLÉMICO

El embarazo ectópico es considerado complicado con cualquiera de los siguientes criterios: la inestabilidad hemodinámica, signos peritoneales, y la caída de nivel de hematocrito. Srikar Adhikari - Jared Marx (2012)

La ruptura de un embarazo ectópico es una complicación grave y puede desarrollar potencialmente mortal para el paciente grave. La inestabilidad hemodinámica se define como la presión arterial sistólica (PAS) <100 mm Hg y la frecuencia cardíaca (FC) > 100 lpm. El examen clínico mantiene un lugar importante en la estrategia de gestión del embarazo ectópico roto. Los signos físicos que indican una rotura tubárica son principalmente un fuerte dolor espontáneo, dolor a la movilización uterina y defensa abdominal. Nabil Mathlouthi-IKbal Ghodbane (2012)

Birkhahn utilizó el índice de choque para valorar la posibilidad de un embarazo ectópico roto. Este índice refleja la frecuencia cardiaca dividida entre la presión sistólica y se emplea en la valoración de víctimas de traumatismo en busca de choque hipovolémico o séptico. El rango normal es de 0.5 a 0.7 en las mujeres no embarazadas. El índice de choque mayor de 0.85 aumenta 15 veces la probabilidad de que se trate de un embarazo ectópico roto. Karen Mariel Delgado Núñez (2012)

Convencionalmente, en presencia de una PAS <100 mmHg se asocia más con hemoperitoneo de 1500 ml, se requiere una laparotomía de emergencia asociado con la reanimación adecuada. Nabil Mathlouthi-IKbal Ghodbane (2012)

En ausencia de inestabilidad hemodinámica, la gestión no podrá en ningún caso ser retrasados, la contribución de la ecografía es de vital importancia aquí para evaluar la importancia de hemoperitoneo y ayudar a elegir la ruta a seguir. Sin embargo, con un equipo experimentado, el mismo hemoperitoneo importante no es formalmente contra-indicación para la cirugía laparoscópica.

La cirugía laparoscópica es la referencia del embarazo ectópico, las indicaciones de laparotomía o conversiones secundarias presentan dificultades de la hemostasia.

La hipotensión se observa principalmente por volúmenes de hemoperitoneo mayor o igual a 1280 ml. Nabil Mathlouthi-IKbal Ghodbane (2012)

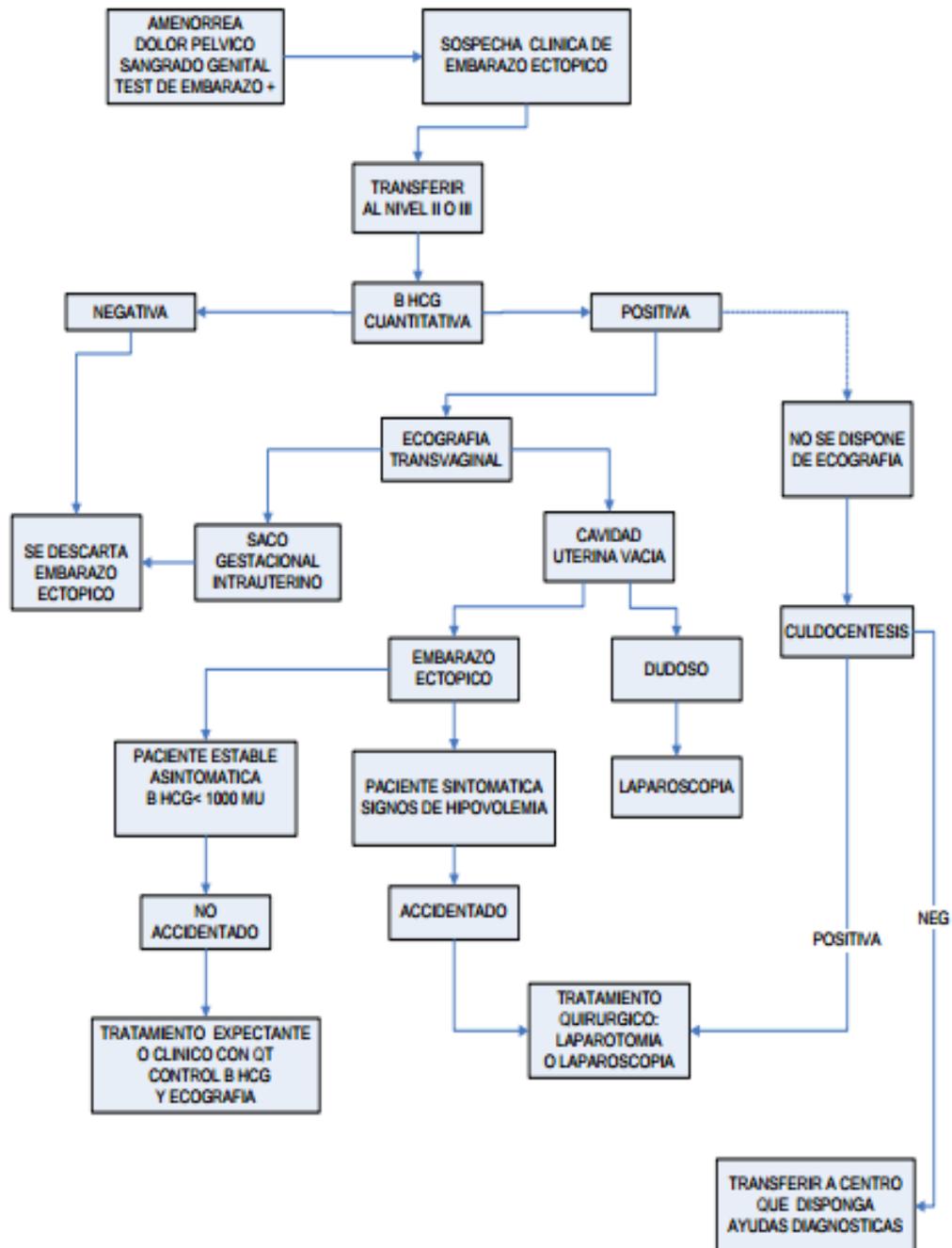
Tabla 5: Clases de Shock Hipovolémico ATLS.

	GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
Pérdida sanguínea	Hasta 750ml	750-1000	1500-2000	>2000
Pérdida Sanguínea (%)	Hasta 15%	15%-30%	30%-40%	>40%
Frecuencia Cardíaca	<100	100-120	120-140	>140
TA	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Presión de Pulso	Normal o aumentada	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Frecuencia Respiratoria	14-20	20-30	30-40	>35
Diuresis (ml/hora)	>30	20-30	5-15	Insignificante
SNC	Levemente ansioso	Moderadamente Ansioso	Ansioso Confuso	Confuso letárgico
Restitución de Líquidos	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides y sangre	Cristaloides y Sangre

2.3.-PROTOCOLO DE MANEJO EN EMBARAZO ECTOPICO MSP

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES.

EMBARAZO ECTOPICO



3.- CATEGORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla N°1

Oportunidades de mejora	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Identificación oportuna del diagnóstico de Embarazo Ectopico	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad. • Adecuada anamnesis y examen físico obstetrico. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mediano plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria en salud para su diagnóstico, evaluación y referencia temprana. • Médico Gineco-Obstetra. <p>Para el tratamiento y seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documentar en historia clínica. • Registro de pacientes embarazadas.

<p>No acudir a una casa de salud en el tiempo oportuno para un diagnóstico temprano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer charlas de prevención dirigidas a la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> • Todo el personal en atención primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • IESS • Ministerio de Salud Pública
<p>Diagnóstico oportuno de la patología por parte del personal de salud que la atendió inicialmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitaciones continuas. • Aplicar guías de practica clinica Gineco- Obstetricas para mejorar la calidad de atención de las pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mediano plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Guías de practica clinica Gineco- Obstetricas del Ministerio de Salud Pública basadas en revisiones sistemáticas y en la evaluación de los riesgos y beneficios.
<p>Referencia oportuna a unidad de mayor complejidad para tratamiento quirúrgico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurar un sistema de prioridades de atención de acuerdo a la patología y estado clínico del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mediano plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los niveles de atención de salud

4.- CONCLUSIONES:

- Se pudo identificar que el principal factor de riesgo que presentó la paciente fue la ligadura tubárica, la cual se realizó hace cinco años, debido a que el riesgo de padecer Embarazo Ectópico puede duplicar entre 5 y 15 años después de la esterilización.
- Si el análisis clínico conjuntamente con la visualización ecográfica nos sugieren una gestación intrauterina, no excluye la posibilidad de un Embarazo Ectópico concurrente; por ello la necesidad de hacer una diferenciación correcta entre un pseudosaco y un saco gestacional.
- La conveniencia de hacer una correcta evaluación de la paciente, permitió además descubrir datos de rotura tubárica con shock hipovolémico e iniciar el tratamiento recomendado como es la salpingectomía vía laparotómica con final legrado evacuador de la presumible gestación eutópica.
- Aplicar los protocolos de manejo y tratamiento para Embarazo Ectópico propuestos por el Ministerio de Salud Pública.

5.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Adhikari, SrikarMarx, Jared. Point-of-care Ultrasound Diagnosis of a Ruptured Live Ectopic Pregnancy with Massive Hemoperitoneum. *Journal of Emergency Medicine* , Volume 44 , Issue 1 , 194 – 196
- Barnhart KT, (2012). Las recidivas de embarazo ectópico y las tasas de permeabilidad de la trompa, son similares tanto con el tratamiento médico como con el quirúrgico. *Salamandra*.
- Beena, D., Teerthanath, S., Jose, V., & Shetty, J. (2016). Molar Pregnancy Presents as Tubal Ectopic Pregnancy: A Rare Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 10(1), ED10–ED11.
- Chang Caroline, Torres Ernesto.(2008) Componente Normativo Materno. Ministerio de Salud Publica. Pag. 216 – 224.
- Delgado Karen, Pardo José, *Rev Cient Cienc Med* 2012;15(1): 33-36
- Faraji Darkhaneh, R., Asgharnia, M., Farahmand Porkar, N., & Alipoor, A. A. (2015). Predictive value of maternal serum β -hCG concentration in the ruptured tubal ectopic pregnancy. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*,13(2), 101–106.
- Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet*. 2005;366:583-91
- Fernández Arenas, Carmen. (2011). El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(1), 84-99.
- G.J. Bergal-Mateo, M.C. López-Olivares. (2014). El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Semergen* 2014;40:211-7
- Malacova, Eva. Long-term risk of ectopic pregnancy varies by method of tubal sterilization: a whole-population study. *Fertility and Sterility*, Volume 101, Issue 3, 728 - 734
- Schorge, Schafer, Williams *Ginecología, Embarazo Ectópico*; pag: 157-167.
- Scott JR. EE. En: Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN, editors. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, ninth edition. México: Ed. Interamericana; 2007

- Tamayo Lien, Tania Graciela y Varona Sánchez, Joel Alejandro. Embarazo ectópico posesterilización quirúrgica: A propósito de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005, vol.31, n.3

LINKOGRAFÍA

- A. Carballo, J.J. Hijona, F.J. Frutos. Elsevier. Clin Invest Ginecol Obstet 2012;39:177-80 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-saco-pseudosaco-su-importancia-el-S0210573X11000621>.
- Adhikari, SrikarMarx, Jared. Point-of-care Ultrasound Diagnosis of a Ruptured Live Ectopic Pregnancy with Massive Hemoperitoneum. Journal of Emergency Medicine , Volume 44 , Issue 1 , 194 – 196. [citado 2016 Jul 5] Disponible en: [http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(12\)00649-X/pdf](http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(12)00649-X/pdf).
- Barnhart KT, (2012). Las recidivas de embarazo ectópico y las tasas de permeabilidad de la trompa, son similares tanto con el tratamiento médico como con el quirúrgico. Salamandra. [citado 2016 Jun 22] Disponible en: http://www.salamandra.edu.co/fileadmin/documentos/articulos_academicos/DICIEMBRE_2012/Ok_28_Diciembre__12_-1_Embarazo_Ectopico.pdf
- Beena, D., Teerthanath, S., Jose, V., & Shetty, J. (2016). Molar Pregnancy Presents as Tubal Ectopic Pregnancy: A Rare Case Report. Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR, 10(1), ED10–ED11. [citado 2016 Abr 15] Disponible en: <http://doi.org/10.7860/JCDR/2016/14875.7089>
- Chang Caroline, Torres Ernesto.(2008) Componente Normativo Materno. Ministerio de Salud Publica. [citado 2016 May 18] Disponible en: <http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/2.%20Componente%20Normativo%20Materno.pdf>

- Faraji Darkhaneh, R., Asgharnia, M., Farahmand Porkar, N., & Alipoor, A. A. (2015). Predictive value of maternal serum β -hCG concentration in the ruptured tubal ectopic pregnancy. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 13(2), 101–106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426147/pdf/ijrm-13101.pdf>
- Fernández Arenas, Carmen. (2011). El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(1), 84-99. [citado 2016 Ene 20] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es&tlng=es.
- G.J. Bergal-Mateo, M.C. López-Olivares. (2014). El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Semergen* 2014;40:211-7. [citado 2016 Mar 7] Disponible en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/S1138359314000100_S300_es.pdf
- Malacova, Eva. Long-term risk of ectopic pregnancy varies by method of tubal sterilization: a whole-population study. *Fertility and Sterility*, Volume 101, Issue 3, 728 – 734. [citado 2016 Feb 11] Disponible en: [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(13\)03387-6/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(13)03387-6/pdf)
- Tamayo Lien Tania Graciela, Varona Sánchez Joel Alejandro. Embarazo ectópico posesterilización quirúrgica: A propósito de un caso. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2005 Dic [citado 2016 Ene 8] ; 31(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000300009&lng=es.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

- ProQuest: Advierten alto riesgo de mortalidad en embarazo fuera del útero. (2013, May 09). [Consultado 11 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1349783377?accountid=36765>
- ProQuest: Afirman que una de cada 100 gestaciones es embarazo ectópico. (2013, Jan 18). [Consultado 21 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1270888933?accountid=36765>
- ProQuest: Embarazo ectópico pone en alto riesgo la vida de la madre. (2016, Jul 30). [Consultado 13 de abril del 2016]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1807725735?accountid=36765>
- ProQuest: Experto afirma que son prevenibles los embarazos ectópicos. (2014, May 12). [Consultado 17 de enero del 2016]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1523838528?accountid=36765>
- ProQuest: Explican el vínculo entre tabaco y embarazo ectópico. (2012, Jul 04). *Diario Médico* [Consultado 9 de mayo del 2016]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1036967445?accountid=36765>