



Universidad
Norbert Wiener

Powered by Arizona State University

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Trabajo Académico

Embarazo ectópico complicado como causa de hemorragia del primer trimestre
en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2023

Para optar el Título de
Especialista en Riesgo Obstétrico

Presentado por:

Autora: Arenas Arteaga, Alessandra Romina


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5467-9483>

Asesora: Dra. Sanz Ramírez, Ana María

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2656-4723>

Lima – Perú

2024

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Alessandra Romina Arenas Arteaga, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Obstetricia / Escuela de Posgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener declaro que la tesis Embarazo ectópico, complicaciones, hemorragia, primer trimestre. Asesorada por la docente: Ana María Sanz Ramírez DNI 10556523 tiene un índice de similitud de 12 % con código OID: oid 0000-0002-2656-4723. verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma

Nombres y apellidos del Egresado: Alessandra Romina Arenas Arteaga
DNI: 47638248



Firma

Nombres y apellidos del Asesor: Ana María Sanz Ramírez
DNI: 10556523

Lima, 22 de Noviembre de 2024

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	6
1.1. Realidad Problemática	6
1.2. Problema de Investigación	6
1.3. Objetivos de la investigación	¡Error! Marcador no definido.6
1.3.1 Objetivo General	6
1.3.2 Objetivos específicos	¡Error! Marcador no definido.
1.4. Justificación del estudio.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	9
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO	14
3.1 Antecedes de la investigación	14
3.1.1 Antecedentes nacionales.....	14
3.1.2 Antecedes internacionales.....	15
3.1.3. Bases teóricas.....	16
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	19
4.1 Tipo de Investigación	19
3.1.1 Diseño de la investigación	19
3.1.2 Escenario de estudio	19
3.1.3. Aspectos éticos	19
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO	20
5.1 Resultados del caso clínico	20
5.2 Discusión del caso clínico.....	20
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	23
6.1. Conclusiones	23
6.2. Recomendaciones.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	29

RESUMEN

Objetivo: Describir el manejo de un caso de embarazo ectópico complicado como causa de hemorragia del primer trimestre en una paciente atendida en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de revisión de historia clínica de paciente con embarazo ectópico atendida en abril del 2023.

Resultados: Este caso clínico se basa en una mujer de 31 años, que acude por dolor abdominal intenso, taquicardia, sangrado transvaginal escaso, y amenorrea, con resultado ecográfico de embarazo ectópico complicado izquierdo y BHCG positivo. Se le realizó una Laparotomía Exploratoria.

Conclusión: En el presente caso se concluye que con un diagnóstico oportuno y manejo óptimo puede favorecer a evitar consecuencias en la salud de la mujer en edad reproductiva.

Palabras clave: Embarazo ectópico, complicaciones, hemorragia, primer trimestre.

ABSTRACT

Objective: To describe the management of a case of complicated ectopic pregnancy as a cause of first trimester hemorrhage in a patient treated at the San Juan de Lurigancho Hospital.

Materials and methods: Descriptive, observational, retrospective study of clinical history review of a patient with ectopic pregnancy treated in April 2023.

Results: This clinical case is based on a 31-year-old woman who presented with severe abdominal pain, tachycardia, scant transvaginal bleeding, and amenorrhea, with an ultrasound result of complicated left ectopic pregnancy and positive BHCG. An Exploratory Laparotomy is performed.

Conclusion: In this case it is concluded that with a timely diagnosis and optimal management it can help avoid consequences on the health of women of reproductive age.

Keywords: Ectopic pregnancy, complications, hemorrhage, first trimester.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico simboliza una gestación que se desarrolla externamente de la cavidad uterina, debido a la implantación extrauterina de un óvulo fertilizado, afectando entre el 1 a 2% de los embarazos (1) y representa una amenaza significativa para las mujeres en edad reproductiva generando la muerte materna durante el primer trimestre en un 9% (2).

Se registra una mayor tasa de casos nuevos de embarazos ectópicos en mujeres entre los 20 y 29 años de edad, lo que corresponde a la etapa más fértil, ya que es el período en el cual se usan con mayor frecuencia los métodos anticonceptivos, a causa del aumento de la actividad sexual. (3).

En países como Estados Unidos se estima que existe una frecuencia de 1.4% de gestaciones con modalidad ectópica, en Alemania, 20 por cada 1000 nacimientos vivos y en Reino Unido, 30 mujeres con embarazo ectópico, lo que corresponde a 12000 casos al año (4), en países Latinos, representa el 12% de los casos y a nivel nacional (Perú) la frecuencia de muertes maternas corresponde al 3.9% (5).

La causa de mayor compromiso y riesgo de sangrado vaginal en el primer trimestre de gestación es cuando ocurre una gestación que no se ha implantado en el lugar usual que es el útero, sino de forma anómala, lo que puede ocasionar una hemorragia cuantiosa y shock (6).

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Realidad Problemática

En nuestro medio, el embarazo ectópico puede ser mortal, solo por la enfermedad, sino también por las dificultades aún presentes para el diagnóstico, debido a las presentaciones clínicas inespecíficas y asociación a una alta tasa de complicaciones como el embarazo ectópico roto, cuyas secuelas son infecciones, hemorragias y mortalidad materna. (7)

La incidencia de embarazos ectópicos se encuentra en aumento presentándose en el 16% de los casos, tal como lo indica el análisis situacional de salud Hospitalaria en el año 2022 (8) y en varias ocasiones se ha complicado en un embarazo ectópico roto, teniendo que tomarse decisiones radicales. Razón por la cual se propone el presente caso con el objetivo de conocer las características del embarazo ectópico complicado y la causa para la presencia de hemorragia del primer trimestre en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2023.

1.2 Problema de investigación

1.2.1. Problema de investigación

El embarazo ectópico puede ser mortal, no solo por la enfermedad, sino también por las dificultades aún presentes para el diagnóstico debido a presentaciones clínicas inespecíficas, desafíos en la detección de esta y asociación a una alta tasa de complicaciones como embarazo ectópico roto, cuyas secuelas son perjudiciales como infecciones, hemorragias y la mortandad (7).

Por lo expuesto anteriormente, surge la pregunta de investigación: ¿cómo el embarazo ectópico complicado causa hemorragia en el primer trimestre?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Describir el manejo de un caso de embarazo ectópico complicado como causa de hemorragia del primer trimestre en una paciente atendida en el Hospital San Juan de Lurigancho.

1.3.2 Objetivos específicos

- Relacionar los factores asociados al embarazo ectópico como causa de hemorragia del primer trimestre.
- Describir las manifestaciones clínicas de la paciente con embarazo ectópico complicado.
- Determinar el manejo de la paciente con diagnóstico de embarazo ectópico roto.

1.4 Justificación del estudio

En el presente trabajo, se describirá como el embarazo ectópico complicado es causante de hemorragia en el I Trimestre en una paciente de un Hospital Público de II Nivel perteneciente a MINSA, en el periodo de junio del 2023; en la práctica clínica, las pacientes con EE terminan siendo sometida a Laparotomía exploratoria.

Además, el análisis del presente caso clínico es trascendental, dado que la presencia de embarazos ectópicos rotos se encuentra en aumento, siendo un problema de salud pública, y desde el punto de vista científico, el conocer las características de esta condición, el manejo y tratamiento de manera particular va a permitir la prevención y disminución de la incidencia de esta patología, tratando

de reducir la morbilidad y mortalidad en las mujeres. A nivel práctico, es importante, ya que se podrá fundamentar las intervenciones que se desarrollarán a partir del análisis respecto al manejo de forma personalizada; asimismo, el resultado se presentará a las autoridades del nosocomio, para que implementen estrategias de atención e identificación oportuna de factores de riesgo en poblaciones vulnerables. Desde el punto de vista social, permitirá crear conciencia sobre aspectos de riesgo para el embarazo ectópico y se abordará la prevención de la misma mediante el impulso de la creación de proyectos y campañas. Teóricamente los resultados analizados formarán parte del conocimiento del profesional de salud encargado de la mujer en edad reproductiva, y podrá ser difundido como parte de evidencia científica a nivel institucional

CAPITULO II: DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 DATOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS

Datos de la Filiación:

Fecha de Atención: 01/06/2023

Institución: Hospital San Juan de Lurigancho

Nombres y Apellidos: YDCM

Edad (años): 31

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Nivel de Instrucción: Superior Completa

Ocupación: Asistente Legal

Lugar de Residencia: San Juan de Lurigancho

Antecedentes:

- Personales:

- Fisiológicos:

Menarquia: 14 años IRS: 18 años NPS: 4

MAC: Método oral combinado y barrera FUR: No recuerda.

G3 P0020

G1. Embarazo ectópico (2020)

G2. Aborto espontáneo (enero 2023)

G3. Gestación actual

- Patológicos: Niega

- Quirúrgicos: Adenoidectomía (1996)

- Tumor en epiglotis (2001)

- Salpingostomía por embarazo ectópico (2020)

- Familiares: Diabetes mellitus tipo 2 (papá)

2.2 ATENCIÓN EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL

Fecha: 01/06/2023

Hora de atención: 23:17 hras.

Motivo de emergencia: Dolor abdominal intenso, sangrado vaginal escaso y amenorrea de aproximadamente 2 meses.

Signos vitales

Presión Arterial: 115/80 mmHg

Frecuencia respiratoria (FR): 18 por minuto

Temperatura: 37.3°

Frecuencia Cardíaca (FC): 110 por minuto

Peso: 58 kg

Talla: 152 cm

Examen físico: AREG, AREHA, REN

Abdomen: Blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda.

Tacto vaginal: Cérvix cerrado posterior, dolor al examen.

Diagnóstico:

1. Abdomen agudo quirúrgico. Descartar embarazo ectópico.

Plan de trabajo:

Laparotomía exploratoria

Tratamiento:

- Nada por vía oral (NPO)
- Vía salinizada
- Ceftriaxona 2 gr EV STAT
- Control de funciones vitales
- Preparar para SOP
- Ss: Pre Qx,

Paciente permanece en la emergencia de gineco - obstetricia.

23:45 pm Paciente pasa a observación para manejo con medicamentos completos. Se reporta a obstetra de área.

2.3 INGRESO A SALA DE OPERACIONES

Fecha de Ingreso: 02/06/2023

Hora de ingreso: 1:00

Signos vitales

Presión Arterial: 120/60 mmHg

Frecuencia respiratoria (FR): 15 por minuto

Temperatura: 37 ° Sat O2: 96 %

Frecuencia Cardíaca (FC): 90 por minuto

Peso: 58 kg

Talla: 152 cm

Diagnóstico Pre Qx: Abdomen Agudo Quirúrgico

Operación Propuesta: Laparoscopia Exploratoria

G.S.: O Rh: +

Alergias: Niega

ASA: **1 2 3** 4.5 TC: 6 TS: 145 Recuento de plaquetas: 2840

1 hora	1 hora 15"	1 hora 30"	1 hora 45"	2 horas
110/50	110/50	110/50	100/50	100/50
Administración de líquidos:		Técnicas		Inducción
CINa 9 ^o / ^o 1000+		Raquídea		Inicio: 111
Sangrado: 300		Inicio: 102		Final: 145
		Final: 150		

2.4. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA

Fecha: 02/06/2023 **Inicio:** 00:50 horas

Termino: 01:50 horas

Reporte operatorio

Diagnóstico Preoperatorio: Abdomen agudo quirúrgico: Embarazo ectópico complicado

Diagnóstico Postoperatorio: POI DE LE + Salpinguectomía parcial izquierda por embarazo ectópico complicado.

Cirugía: Laparotomía exploratoria + Salpinguectomía parcial izquierda

Hallazgos:

- Útero +/- 8 x 5 x 4 cm
- Anexo derecho: Trompa de +/- 8 x 3 cm Normal. Ovario de 3 x 3 cm.
- Anexo izquierdo: Trompa de +/- 8 x 4 cm. Trompa en su 1/3 distal con solución de continuidad sangrante, posible aborto a través de fimbria.
- Hemoperitoneo +/- 300 cc.

Procedimiento:

1. AA + CCE
2. Incisión sobre cicatriz previa
3. Identificación de hallazgos
4. Salpinguectomía parcial izquierda
5. Extracción de pieza operatoria
6. Revisión de hemostasia
7. Retiro de materiales
8. Cierre por planos hasta piel

Conclusión: POI de salpinguectomía laparoscópica parcial izquierda por embarazo ectópico complicado.

Plan de trabajo:

1. Antibiótico.
2. Analgésico.

RP:

- Nada por vía oral por 8 horas luego probar tolerancia oral
- Cloruro de Sodio 0.9% por 1000 cc – XLV gotas por minuto
- Ceftriaxona 2 gr. Endovenoso cada 24 horas

- Ketoprofeno 1000 mg Endovenoso cada 8 horas
- Control de funciones vitales + OSA
- Sonda Foley, permeable, retirar con 600 cc de diuresis
- Se solicita hemograma de control (6 horas post operatorio). (Ver ANEXO 4)

Luego de permanecer en sala de recuperación aprox. 3 horas pasa a Unidad de Post- Operadas del servicio de Ginecología, cuya permanencia es de 2 días sin complicaciones, luego es dada de alta.

Indicaciones de Alta:

- Ketorolaco 20 mg VO C/ 8 horas por 4 días
- Retiro de puntos en 7 días por consultorio externo.

CAPÍTULO III: MARCO TEORICO

3.1. Antecedentes de la investigación

3.1.1. Antecedentes nacionales

Huerta et al. (2022) en su investigación encontraron que el tipo de embarazo ectópico más frecuente fue el tubárico (87.9%), los factores sociodemográficos asociados fueron la procedencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil y edad; además los factores obstétricos asociados fueron el antecedente de embarazo ectópico, enfermedad pélvica y aborto (OR=6,606), así como el uso de dispositivo intrauterino y anticonceptivos orales (9).

Chiguay (2021) en su estudio mostró una prevalencia del 1.64% de embarazo ectópicos, con dolor abdominal (96.7%), hemorragia vaginal (75.4%), tumor anexial (36.1%) y amenorrea entre la semana 7 y 8; así también, el dosaje de β hCG (86.9%) y el estudio ecográfico (82%) fueron positivos, hubo predominio del manejo quirúrgico (98.36%) y la salpingectomía (96.67%), la localización del embarazo ectópico fue tubárica (80.33%), sobretodo en la región ampollar (83.33%) (10).

Pezo (2020) en su investigación observó que las gestantes presentaron hemorragia en la primera mitad del embarazo (94%) y en la segunda mitad (6%); además se identificó que el embarazo ectópico representó el 3.4% como causa principal de hemorragias en la primera mitad del embarazo (11).

Mamani (2018) en su estudio demostró que los factores de riesgo para embarazo ectópico fueron: estado civil soltera, legrado uterino, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y de aborto espontaneo previo, inicio precoz de relaciones sexuales y el dispositivo intrauterino (12).

Ramos Á et al. (2020) en su investigación encontraron que el nivel de incidencia del embarazo ectópico es de 0.97 tomando en cuenta cada 100 nacidos, en lo concerniente a la edad media de la madre fue de 27.6 años, para la edad gestacional fue un diagnóstico a las 7.5 semanas, asimismo el antecedente de embarazo ectópico está en un 33.2 % como factor de riesgo. (13)

3.1.2. Antecedentes internacionales

Li et al. (2022) en su investigación demostraron que el dolor abdominal y la pérdida de sangre estaban asociados con los embarazos de trompas rotas, también hubo pérdida de sangre, transfusión y hemoglobina postoperatoria más baja con el embarazo ectópico roto (14).

Berhe et al. (2021) en su estudio mostraron que la prevalencia global de embarazo ectópico fue del 0,52%, se dio en la trompa de Falopio (92,4%), hubo manejo quirúrgico laparotomía (100%), salpingooforectomía (17,7%), salpingectomía (73,9 %) y trlapaeinta (38%) pacientes habían desarrollado algunas complicaciones luego de la cirugía como anemia, fiebre, infección de la herida y neumonía (15).

Fan et al. (2021) en su investigación observaron una prevalencia de embarazos ectópicos del 7.93%, tenían antecedentes de aborto (61%), predominó el sangrado acompañado de dolor abdominal (65,2%) y se realizó una salpingectomía unilateral (16).

Ghimire (2021) en su estudio mostró una incidencia de embarazo ectópico de 0.8%, la mayoría presentó la tríada clásica de dolor abdominal, amenorrea y

sangrado pervaginal (68.3%), el factor de riesgo asociado fue la EPI (65%) y el aborto (13,3%), los hallazgos de USG fueron sugestivos de embarazo ectópico roto (86.7%) (17).

Cordeiro et al. (2018) en su estudio evidenciaron que el dolor abdominal (96%) y el sangrado vaginal (82,4%) fueron prevalentes, el factor de riesgo identificado fue el antecedente de embarazo ectópico previo (16,9%), generalmente al ingreso había embarazo ectópico roto (63.4%) e inestabilidad hemodinámica (5.9%), el 78.2% se sometió a cirugía (27.2% laparoscopia) y el 16.8% utilizó metotrexato (MTX), dentro de las cuales el 41.2% necesitó cirugía posterior debido al nivel elevado de β -hCG en sangre (57.1%) y signos clínicos de embarazo ectópico roto (42.9%) (18).

3.1.3. Bases teóricas

Embarazo ectópico

El embarazo ectópico es la implantación del blastocisto en desarrollo que se origina fuera de la zona endometrial, la ubicación más habitual es la trompa de Falopio (98%), y de estos el 80% se encuentran en la porción ampular (19). También se refiere a la implantación del óvulo fecundado fuera del canal uterino, el cual puede ser riesgoso cuando se rompe o se desencadena una hemorragia, y no complicado cuando no suceden estas condiciones (20).

Etiopatogenia

El embarazo extrauterino es considerado una entidad de origen multifactorial. Existen mecanismos que se postulan como posibles etiologías del embarazo extrauterino, tales como: obstrucción tubárica anatómica, alteración en

la motilidad tubular o disfunción ciliar, así como factores moleculares que estimulan y promueven una implantación tubárica (21)

Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados a esta patología son: embarazo ectópico anterior, salpinguectomía previa, esterilidad, aborto previo, consumo de cigarrillos, enfermedad inflamatoria pélvica, edad materna extrema (35 a 39 años o mayor de 40 años), cirugía abdominal anterior y técnica de reproducción asistida (22). Otras situaciones que se vinculan a un elevado peligro de embarazo ectópico son: patología y cirugía tubárica, embarazo con DIU o con métodos de progestágenos (23).

Manifestaciones clínicas

La clínica de la mayor parte de mujeres con embarazo ectópico abarca: amenorrea (de 6-10 semanas), sangrado (oscuro o rojo), dolor pélvico (uni o bilateral) y masa anexial que se puede palpar, que puede estar o no acompañado de dolor de hombro, desequilibrio hemodinámico, hasta shock. En ciertas investigaciones se han notificado que en un 9% son asintomáticos, solo revelaron amenorrea y/o spotting. Asimismo, se tiende a presentar en pacientes jóvenes que remedian su hemodinamia (24). Este cuadro puede agravarse en caso de desencadenarse un embarazo ectópico roto. De acuerdo a como crece el embrión, la trompa se disemina hasta que llega a romperse, debido a que no hay el espacio necesario, trayendo como efecto una hemorragia interna que puede finalizar en shock e incluso generar la muerte de la paciente (25).

Diagnóstico

El diagnóstico de embarazo ectópico se sustenta en la sintomatología, respaldado por la ecografía transvaginal y la cuantificación de los niveles plasmáticos de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (B-HCG). Con la ecografía se puede visualizar un saco gestacional extrauterino que contiene el saco vitelino o al embrión, no obstante, estos hallazgos solo se evidencian en una proporción menor de gestaciones ectópicas (26).

Manejo

El tratamiento idóneo para pacientes con embarazo ectópico puede abarcar el manejo expectante, empleo de metotrexate o la cirugía. La intervención quirúrgica es indicada cuando se sospecha de embarazo ectópico roto y si la paciente se encuentra hemodinámicamente inestable (27).

El 25% de los embarazos ectópicos puede resolverse de forma espontánea ya sea por regresión de éste, o aborto tubario. Sin embargo, cerca de un 90% de las pacientes con diagnóstico de EE y niveles de b-hCG mayores a 2000 IU/L requieren alguna otra intervención dado el aumento de síntomas o ruptura tubaria. (28)

El metotrexato se debe indicar a toda paciente que cumpla con todos los siguientes criterios: Hemodinámicamente estable y sin dolor significativo, presencia de EE tubario no roto, con una tumoración anexial <35 mm, sin LCF visibles. Nivel de b-hCG sérica menor a 5000 UI/L, sin presencia de embarazo intrauterino (con ecografía que lo confirme), paciente capaz de mantener un seguimiento médico, pruebas de función renal y hepáticas normales, y que no presente ninguna contraindicación al uso de metotrexato (29)

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1. Tipo de investigación

Es una investigación de enfoque cualitativo

4.2. Diseño de la investigación

Estudio de caso clínico

4.3. Escenario de estudio y participantes

En la emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho ingresó paciente mujer de 31 años con dolor abdominal intenso.

4.4. Estrategias de producción de datos

Los datos fueron recopilados de la historia clínica física y también los registrados en el sistema de e-galens que maneja el hospital.

4.5. Análisis de datos

Revisión de historia clínica de paciente con embarazo ectópico complicado, atendida en junio del 2023.

4.6. Aspectos éticos

El presente trabajo académico se realizó respetando los principios éticos de la investigación:

- Intimidad, anonimato y confidencialidad: Se tomaron datos de la historia clínica solo con fines académicos y para el presente trabajo, garantizando que los datos obtenidos no sean expuestos.

- Beneficencia y No Maleficencia: No existirán ningún tipo de riesgo que altere la salud o bienestar de la paciente, ya que se trabajará con la historia clínica.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

5.1. Discusión del caso clínico

La hemorragia en el primer trimestre del embarazo es una entidad que causa morbilidad y mortalidad materna y engloba al aborto, embarazo ectópico y embarazo molar, los cuales se presentan frecuentemente, incluso una cuarta parte de las embarazadas sufren de dicho padecimiento. Su manejo y tratamiento está protocolizado en todos los establecimientos de salud (29, 30).

El embarazo ectópico, caso clínico que presentamos hace referencia a una mujer de 31 años que ingresa por emergencia con un diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico; en este caso encontramos una historia clínica que no registra datos importantes en la anamnesis y en el examen preferencial de la paciente.

Respecto a las manifestaciones clínicas para este caso, dolor abdominal intenso, amenorrea y sangrado vaginal, se solicitaron las pruebas complementarias: ecografía transvaginal y subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (BHCG) que confirmaron el diagnóstico de embarazo ectópico, esto es similar al estudio de Chiguay, donde se observó que las pacientes con embarazo ectópico presentaron dolor abdominal (96.7%), hemorragia vaginal (75.4%), amenorrea entre la semana 7 y 8, dosaje de

β hCG (86.9%) y estudio ecográfico (82%) que fueron positivos (10). También, Ghimire encontró que las pacientes presentaron la tríada clásica del embarazo ectópico como dolor abdominal, amenorrea, sangrado vaginal (68.3%) y hallazgos de USG sugestivos de embarazo ectópico roto (86.7%) (17). De igual manera, en la investigación Cordeiro et al. se evidenció como síntomas al dolor abdominal (96%), sangrado vaginal (82,4%) y β -hCG en sangre (57.1%) positivo (18). En el trabajo de Villanueva et al. se encontró que el caso presentado tuvo como síntomas al retraso menstrual, asociado a sangrado transvaginal y signos de irritación peritoneal, con HCG- β negativa (< 5 mUI/ml) y rastreo ultrasonográfico (abundante líquido libre en cavidad y sin evidencia de embarazo intrauterino), por lo cual hubo una sospecha de embarazo ectópico roto (31).

Encontramos dentro de los factores de riesgo para desarrollar embarazo ectópico, el antecedente de aborto previo, estos resultados concuerdan con el trabajo de Huerta et al. (9), Mamani (12), quienes demostraron que el factor obstétrico asociado al embarazo ectópico fue el antecedente de aborto (OR=6,606), (OR: 9.000) respectivamente; y Ghimire (17) quien encontró que el antecedente de aborto previo se presentó con una frecuencia del 13.3%.

El antecedente de embarazo ectópico es un factor de riesgo que también se encuentra presente en el caso clínico, así como Ramos Á et al. (13), demostraron que el antecedente de embarazo ectópico es un factor asociado para embarazo ectópico en un 33.2 %.

El uso de anticonceptivos orales se describe como un factor de riesgo para presentar embarazo ectópico, en nuestro caso clínico la paciente era usuaria de anticonceptivos orales, de la misma forma Huerta et al. (9), demostraron que el uso de anticonceptivos orales es un factor de riesgo para embarazo ectópico, posiblemente porque los progestágenos incrementan el riesgo de embarazo ectópico al reducir el peristaltismo tubárico, lo que desencadena que tras la fecundación, haya una implantación fuera del útero, por lo general en el trompa de Falopio.

Se realizó manejo y tratamiento según la guía de emergencias obstétricas que protocoliza la atención en estos casos, se realizó manejo quirúrgico: Laparotomía exploratoria más salpinguectomía izquierda, se asemeja al trabajo de Berhe et al. (15) donde se llevó a cabo el manejo quirúrgico por laparotomía (100%), sobretodo la salpingectomía (73,9 %). Asimismo, Chiguay (10) reveló en su estudio que en los pacientes con embarazo ectópico hubo predominio del manejo quirúrgico (98.36%) por la salpingectomía (96.67%). También, Cordeiro et al. (18) indicaron que las pacientes con dicha patología se sometieron a cirugía (78.2%)

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- El factor asociado al embarazo ectópico como causa de hemorragia del primer trimestre fue los antecedentes previos de aborto y el uso de píldoras anticonceptivas.
- Las manifestaciones clínicas de la paciente con embarazo ectópico complicado fueron la amenorrea, el sangrado transvaginal, el dolor abdominal, la taquicardia, el resultado ecográfico de embarazo ectópico complicado izquierdo y la prueba de BHCG positiva.
- El manejo de la paciente fue quirúrgico, realizándose una laparotomía exploratoria- + salpinguectomía parcial izquierda.

6.2. Recomendaciones

- Se recomienda la realización de reuniones de debate entre los profesionales de la institución con la finalidad de que puedan intercambiar información sobre el embarazo ectópico, realizar una mejor y completa anamnesis a la paciente, así como una evaluación clínica más exhaustiva.

- Se sugiere mejorar los tiempos de demora en procesamiento de muestra para laboratorio de emergencia, de tal manera que se pueda intervenir más rápido a la paciente que presente un cuadro de embarazo ectópico y evitar efectos colaterales en la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benel A., Arango p., Loayza J., Siguenza K., Remy N. Embarazo ectópico Intersticial: Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Rev Peru Investig Matern Perinat 2019; 8(1):46-8
2. Martínez N. Bravo D., Suárez H., Cuadrado E., Velásquez G. Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. Journal of American health. 2023; 6(1): 24-33
3. Martín L., Serrano S., Jardiel S., Soriano M., Pisa A., Beltrán G. Embarazo ectópico: revisión bibliográfica. Revista Sanitaria de Investigación. 2021. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/embarazo-ectopico-revision-bibliografica-2/>.
4. Espinoza S., Garnier J., Pizarro GI. Generalidades sobre embarazo ectópico. Revista Médica Sinergia. 2021; 6(5). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670/1210>.
5. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico (Lima - Perú). MINSA. 2017. 65-75. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>
6. Bunce E, Heine R. Sangrado vaginal en el primer trimestre del embarazo. USA: Manual MSD; 2021. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/sangrado-vaginal-en-el-primer-trimestre-del-embarazo>
7. Atalaya E., Socorro E. Embarazo ectópico ovárico. Embarazo ectópico ovárico. Rev Med Vallejana 2020; 9(1): 69–72. Disponible en: <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revistamedicavallejana/article/view/85/81>

8. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de Salud Hospitalaria 2022. HSJL-ASIS, 2022.
9. Huerta L, López D. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, Hospital Victor Ramos Guardia Huaraz, 2019. [Tesis]. Huaraz-Perú: Universidad Nacional "Santiago Antúnez de Mayolo"; 2022. [Acceso el 10 de julio del 2023]. Disponible en: http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/5096/T033_70519_398_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
10. Chiguay H. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el Hospital III Goyeneche, Arequipa, en el periodo Enero-Diciembre 2020. [Tesis]. Arequipa-Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021. [Acceso el 10 de julio del 2023]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6861/Pezo%20%20LKR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Pezo K. Etiología de las hemorragias en gestantes atendidas en el Hospital II-1, Moyobamba, 2018. [Tesis de especialidad] Lima-Perú: Universidad San Martín de Porres; 2020. [Acceso el 10 de julio del 2023]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6861/Pezo%20%20LKR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Mamani A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017-Puno. [Tesis]. Puno-Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2018. [Acceso el 10 de julio del 2023]. Disponible en:

http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/8043/Mamani_Barboza_Alfredo_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y

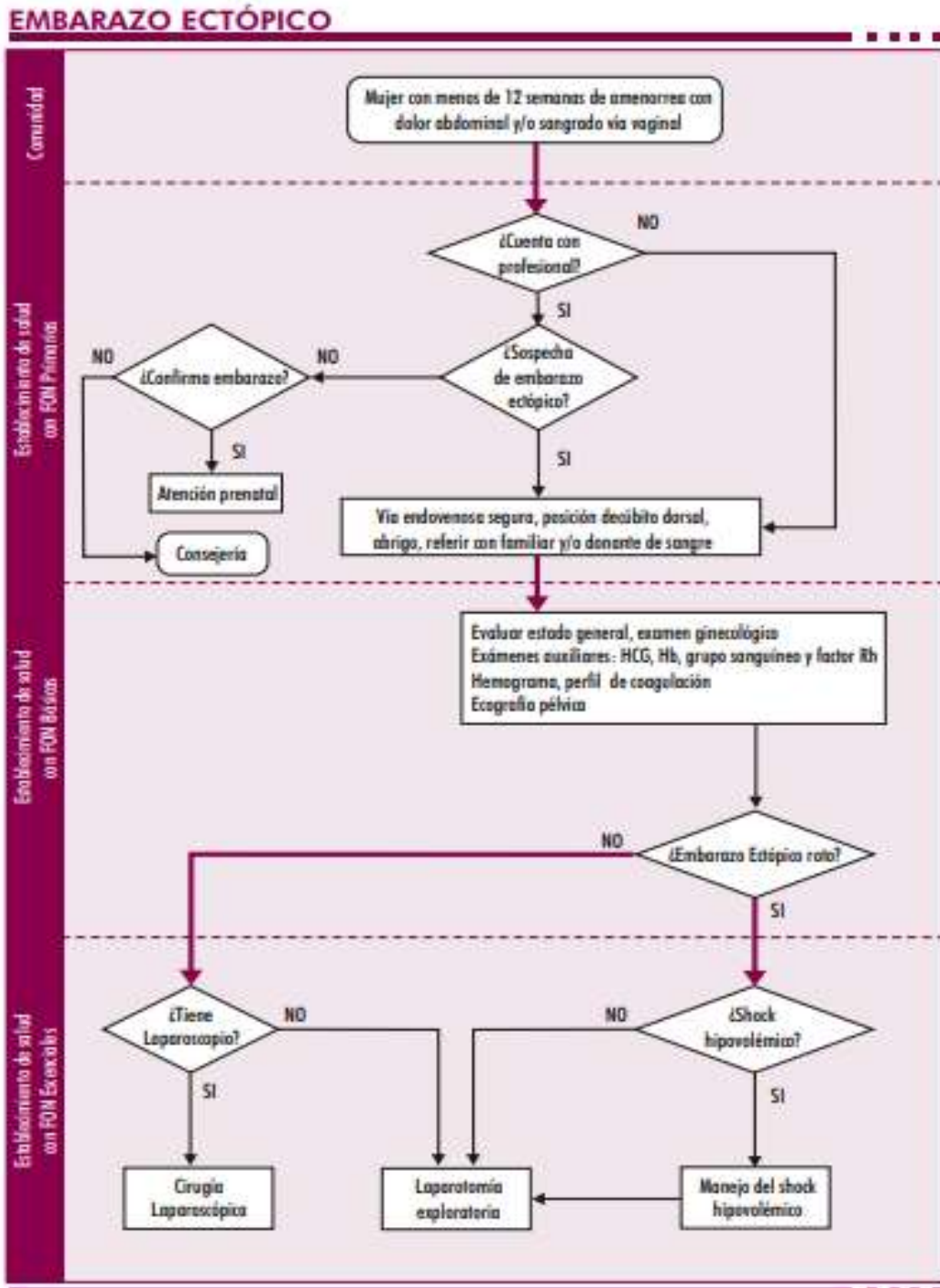
13. Ramos Á, Jaime E. Embarazo ectópico factores de riesgo y características clínicas. 2020; 1(1). [Acceso el 02 de enero del 2024]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/20513/>
14. Li PC, Lin WY, Ding DC. Risk factors and clinical characteristics associated with a ruptured ectopic pregnancy: A 19-year retrospective observational study. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Jun 17;101(24):e29514. doi: 10.1097/MD.000000000000295
15. Berhe ET, Kiros K, Hagos MG, Gesesew HA, Ward PR, Gebremeskel TG. Ectopic Pregnancy in Tigray, Ethiopia: A Cross-Sectional Survey of Prevalence, Management Outcomes, and Associated Factors. *J Pregnancy*. 2021 Nov 30;2021:4443117. doi: 10.1155/2021/4443117.
16. Fan YY, Liu YN, Mao XT, Fu Y. The Prevalence of Ectopic Gestation: A Five-Year Study of 1273 Cases. *Int J Gen Med*. 2021 Dec 14;14:9657-9661. doi: 10.2147/IJGM.S344648.
17. Ghimire SP. Study of Ectopic Pregnancy at Tertiary Care Hospital in Province 1 of Nepal. *J Nepal Health Res Counc*. 2021 Jan 21;18(4):698-701. doi: 10.33314/jnhrc.v18i4.2827.
18. Cordeiro FDE, Alves GJA, Araujo Júnior E, Feitosa LEE. Ectopic pregnancies: a retrospective cohort analysis in a tertiary reference center in the Northeast Region of Brazil. *Ceska Gynekol*. 2018 Winter;83(6):434-439.
19. Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa". Guía de Práctica Clínica: Manejo del embarazo ectópico. Perú: Ministerio de Salud; 2021.

20. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Atención de emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Perú: Ministerio de Salud; 2007.
21. Taran F-A, Kagan K-O, Hübner M, Hoopmann M, Wallwiener D, Brucker S. The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. Dtsch Aerzteblatt Online [Internet]. 9 de octubre de 2015 [citado 26 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/172413>
22. Cobo T, Ecurra S, Ferrero S, Creus M, López M, Palacio M. Gestación Ectópica Tubárica y No Tubárica. Barcelona: Centro de Medicina Fetal; 2022.
23. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo Ectópico. Prog Obstet Ginecol. 2007;50(6):377-85.
24. Pomer R. Embarazo Ectópico. Federación Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología; 2022. [Acceso el 11 de julio del 2023]. Disponible en: http://flasog.org/wp-content/uploads/2022/03/Embarazo-Ectopico_compressed.pdf
25. Rodríguez E, Saucedo E, Barrenetxea G, Izquierdo H, Agirregoikoa J, Barranquero M, et al. ¿Qué es el embarazo ectópico? – Tipos, síntomas y diagnóstico. Reproducción Asistida ORG. 2023. [Acceso el 05 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/embarazo-ectopico/>
26. Espinola G. Embarazo ectópico. Rev. Nac. (Itauguá). 2012; 4(2): 23-29.
27. Céspedes A. Embarazo ectópico. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica. 2010; LXVII (591): 65-68.
28. Rivera C., Pomés C., Díaz V., Espinoza P., Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev chil obstet ginecol 2020; 85(6): 697 – 708

29. Torres M, Urrego M. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2022 [Acceso el 10 de setiembre del 2023]; 90 (7): 590-598. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2022/gom227f.pdf>
30. Middlesex Health. Embarazo ectópico. 2023. [Acceso el 10 de setiembre del 2023]. Disponible en: <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/embarazo-ect-pico>
31. Villanueva R, Carmona R, Cassou M, Hurtado H, Ayala M. Embarazo ectópico roto con fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana negativa: reporte de caso. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2022; 87(4):299-303.
32. *Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología instituto nacional materno perinatal*. Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2023. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

ANEXOS

Anexo 1: Flujoograma de embarazo ectópico.



Fuente: Tomado de Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Atención de emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutiva, por Ministerio de Salud; 2007.

Anexo 2: Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

<p style="text-align: center;">ENTRADA</p> <p style="text-align: center;">Con el(la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo</p>	<p style="text-align: center;">PAUSA</p> <p style="text-align: center;">Con el(la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), y cirujano</p>	<p style="text-align: center;">SALIDA</p> <p style="text-align: center;">Con el(la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), y cirujano</p>
<p>¿Ha confirmado el(la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento</p> <p>(X) Si () No</p>	<p>(X) Confirmar que todos los miembros del equipo programadas se hayan presentado por su nombre y función.</p>	<p>El (la) enfermero (a) confirma verbalmente</p> <p>(X) El nombre del procedimiento</p>
<p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <p>() Si (X) No procede</p>	<p>(X) Confirmar la identidad del/de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico</p>	<p>LE + salpinguectomía izquierda</p> <p>(X) El recuento de instrumentos, gasas y agujas</p>
<p>¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica?</p> <p>(X) Si () No</p>	<p>(X) Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.</p>	<p>Completo / gasas: 10</p> <p>(X) El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en que haya incluido el nombre del paciente)</p>
<p>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</p> <p>(X) Si () No</p>	<p>¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos?</p> <p>() Si (X) No procede</p>	<p>Trompa de Falopio</p> <p>(X) Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos</p>
	<p>Previsión de Eventos Críticos Cirujano revisa:</p>	
	<p>(X) ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados? Alergia</p>	<p>-----</p> <p>El (la) Cirujano, anestesiólogo (a) y enfermero(a) revisan</p>

Anexo 3: Estudio macroscópico pieza operatoria

HALLAZGOS:

ESPECÍMEN:

- Trompa Izquierda

ENFERMEDAD ACTUAL Y EXAMENES AUXILIARES:

- Abdomen agudo quirúrgico. Embarazo ectópico complicado.

HALLAZGOS:

- Útero +/- 8 x 5 x 4 cm
- Anexo derecho: Trompa de +/- 8 x 3 cm Normal. Ovario 3 x 3 cm
- Anexo izquierdo: Trompa de +/- 8 x 4 cm. Ovario en su 1/3 con solución de continuidad por el cual protruye tumoración violácea de 3 x 2 cm.
- Hemoperitoneo +/- 300 cc

CONCLUSIÓN:

- POI de LE + Salpinguectomía parcial izquierda por embarazo ectópico complicado.

Anexo 4: Resultados de Laboratorio

SERVICIO TOPICO GINECOLOGIA CUENTA 571371 ORDEN 1880529 EDAD 31 Años

Código: 86703 Prueba: **DETECCION DE ANTICUERPOS HIV 1-2**

Realiza la prueba: **ALFARO BARZOLA, NANCY**

Fecha toma de muestra: **2023-06-01 23:32:00**

Fecha resultado: **2023-06-02 02:19:00**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HIV I - II	NO REACTIVO	NO REACTIVO

Sin observaciones

Código: 84702 Prueba: **GONADOTROPINA CORIONICA (HCG); CUANTITATIVA**

Realiza la prueba: **HUALLPA PONCE, YSABEL FIDELIA**

Fecha toma de muestra: **2023-06-01 23:32:00**

Fecha resultado: **2023-06-02 02:18:00**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HCG TOTAL	2376	(VR: Mujeres: Negativo:

Sin observaciones

Código: 80063 Prueba: **PERFIL DE COAGULACION BASICO**

Realiza la prueba: **TAPIA GARCIA, JOE**

Fecha toma de muestra: **2023-06-01 23:32:00**

Fecha resultado: **2023-06-02 00:20:00**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE COAGULACION	6'30"	
TIEMPO DE SANGRIA	1'45"	
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	12.4 segundos	
INR	0.95	
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	32.5 segundos	
FIBRINOGENO	4.52 g/L	

Sin observaciones

Código: 86592 Prueba: **PRUEBA DE SIFILIS; ANTICUERPO NO TREPONEMICO; CUALITATIVO (P E J VDRL, RPR, ART)**

Realiza la prueba: **ALFARO BARZOLA, NANCY**

Fecha toma de muestra: **2023-06-01 23:32:00**

Fecha resultado: **2023-06-02 02:18:00**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
RPR	NO REACTIVO	1NO REACTIVO

Sin observaciones

Código: 85027 Prueba: **RECUESTO SANGUINEO COMPLETO AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS)**

Realiza la prueba: ,

Fecha toma de muestra: **2023-06-01 23:32:00**

Fecha resultado: **2023-06-02 01:03:00**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
WBC	11.49 10 ⁹ /L	4.00 - 10.00
Neu#	11.01 10 ³ /ul	2.00 - 7.00
Lym#	0.41 10 ³ /ul	0.80 - 4.00
Mon#	0.06 10 ³ /ul	0.12 - 1.20
Eos#	0.00 10 ³ /ul	0.00 - 0.50
Bas#	0.01 10 ³ /ul	0.00 - 0.10
ABAS%	01 %	0.0 - 5.0
Neu%	94 %	50.0 - 70.0
Lym%	04 %	20.0 - 40.0
Mon%	01 %	3.0 - 12.0
Eos%	00 %	0.5 - 5.0
Bas%	00 %	0.0 - 1.0

PAG 1 DE 2

RBC	3.80 10 ¹² /L	3.50 - 5.50
HGB	11.1 g/dL	11.0 - 16.0
HCT	33.1 %	37.0 - 54.0
MCV	87.1 fL	80.0 - 100.0
MCH	29.1 pg	27.0 - 34.0
MCHC	33.4 g/dL	31.0 - 36.0
RDW-CV	13.7 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	43.5 fL	35.0 - 56.0
PLT	281 10 ⁹ /L	150 - 450
MPV	9.7 fL	6.5 - 12.0
PDW	17.1	15.0 - 17.0
PCT	0.273 %	0.108 - 0.282
P-LCC	73 %	30 - 90
P-LCR	26.1 %	11.0 - 45.0
NRBC#	0.000 %	0.000 - 9999.999
NRBC%	0.00 %	0.00 - 9999.99
IMG#	0.03 %	0.00 - 999.99
IMG%	0.2 %	0.0 - 100.0

Sin observaciones

Código: **85002** Prueba: **TIEMPO DE SANGRIA**
Realiza la prueba: **TAPIA GARCIA, JOE**
Fecha toma de muestra: **2023-06-01 23:32:00**
Fecha resultado: **2023-06-02 00:20:00**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA		
TIEMPO DE SANGRIA	1'45"	
TIEMPO DE COAGULACIÓN	6'30"	

Sin observaciones

Código: **86900** Prueba: **TIPIFICACION DE SANGRE; ABO**
Realiza la prueba: **TAPIA GARCIA, JOE**
Fecha toma de muestra: **2023-06-01 23:32:00**
Fecha resultado: **2023-06-02 00:20:00**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
GRUPO SANGUINEO	O	

Sin observaciones

Código: **86901** Prueba: **TIPIFICACION DE SANGRE; RH (D)**
Realiza la prueba: **TAPIA GARCIA, JOE**
Fecha toma de muestra: **2023-06-01 23:32:00**
Fecha resultado: **2023-06-02 00:20:00**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
FACTOR RH	POSITIVO	

Sin observaciones

Código: 85027 Prueba: RECUENTO SANGUINEO COMPLETO AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS)
 Realiza la prueba: ,
 Fecha toma de muestra: 2023-06-02 07:49:00
 Fecha resultado: 2023-06-02 09:57:00

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
WBC	16.91 10 ⁹ /L	4.00 - 10.00
Neu#	15.59 10 ³ /ul	2.00 - 7.00
Lym#	0.97 10 ³ /ul	0.80 - 4.00
Mon#	0.34 10 ³ /ul	0.12 - 1.20
Eos#	0.01 10 ³ /ul	0.00 - 0.50
Bas#	0.00 10 ³ /ul	0.00 - 0.10
ABAS%	01 %	0.0 - 5.0
Neu%	93 %	50.0 - 70.0
Lym%	05 %	20.0 - 40.0
Mon%	01 %	3.0 - 12.0
Eos%	0 %	0.5 - 5.0
Bas%	0 %	0.0 - 1.0
RBC	3.49 10 ¹² /L	3.50 - 5.50
HGB	9.9 g/dL	11.0 - 16.0
HCT	30.4 %	37.0 - 54.0
MCV	87.0 fL	80.0 - 100.0
MCH	28.3 pg	27.0 - 34.0
MCHC	32.5 g/dL	31.0 - 36.0
RDW-CV	13.7 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	43.5 fL	35.0 - 56.0
PLT	256 10 ⁹ /L	150 - 450
MPV	10.2 fL	6.5 - 12.0
PDW	16.1	15.0 - 17.0
PCT	0.260 %	0.108 - 0.282
P-LCC	69 %	30 - 90
P-LCR	26.9 %	11.0 - 45.0
NRBC#	0.000 %	0.000 - 9999.999
NRBC%	0.00 %	0.00 - 9999.99
IMG#	0.03 %	0.00 - 999.99
IMG%	0.2 %	0.0 - 100.0

Sin observaciones

Código: 85027 Prueba: RECUENTO SANGUINEO COMPLETO AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS)
 Realiza la prueba: ,
 Fecha toma de muestra: 2023-06-02 07:49:00
 Fecha resultado: 2023-06-02 09:58:00

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
WBC	16.91 10 ⁹ /L	4.00 - 10.00
Neu#	15.59 10 ³ /ul	2.00 - 7.00
Lym#	0.97 10 ³ /ul	0.80 - 4.00
Mon#	0.34 10 ³ /ul	0.12 - 1.20
Eos#	0.01 10 ³ /ul	0.00 - 0.50
Bas#	0.00 10 ³ /ul	0.00 - 0.10
ABAS%	01 %	0.0 - 5.0
Neu%	93 %	50.0 - 70.0
Lym%	05 %	20.0 - 40.0
Mon%	01 %	3.0 - 12.0
Eos%	0 %	0.5 - 5.0
Bas%	0 %	0.0 - 1.0
RBC	3.49 10 ¹² /L	3.50 - 5.50
HGB	9.9 g/dL	11.0 - 16.0
HCT	30.4 %	37.0 - 54.0

PAG 1 DE 2

MCV	87.0 fL	80.0 - 100.0
MCH	28.3 pg	27.0 - 34.0
MCHC	32.5 g/dL	31.0 - 36.0
RDW-CV	13.7 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	43.5 fL	35.0 - 56.0
PLT	256 10 ⁹ /L	150 - 450
MPV	10.2 fL	6.5 - 12.0
PDW	16.1	15.0 - 17.0
PCT	0.260 %	0.108 - 0.282
P-LCC	69 %	30 - 90
P-LCR	26.9 %	11.0 - 45.0
NRBC#	0.000 %	0.000 - 9999.999
NRBC%	0.00 %	0.00 - 9999.99
IMG#	0.03 %	0.00 - 999.99
IMG%	0.2 %	0.0 - 100.0

Sin observaciones

● 12% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	scielo.cl Internet	1%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	1%
3	repositorio.unasam.edu.pe Internet	<1%
4	repositorio.uap.edu.pe Internet	<1%
5	repositorio.usil.edu.pe Internet	<1%
6	flasog.org Internet	<1%
7	Universidad Ricardo Palma on 2020-10-15 Submitted works	<1%
8	repositorio.ujcm.edu.pe Internet	<1%