



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS
MATERNOS**

TRABAJO ACADÉMICO

**“EMBARAZO ECTÓPICO EN PRIMIGESTA DE 22 AÑOS EN
HOSPITAL II-1 TOCACHE, 2021”**

PRESENTADO POR

MELBY ALCIRA MOSQUERA PORTELLA

ASESOR

DRA. MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO
RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA - PERÚ

2021

ÍNDICE

CARÁTULA	i
PÁGINA DEL JURADO	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iii
RESÚMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO	iv
CAPÍTULO I	5
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.2.JUSTIFICACIÓN	7
1.3.MARCO TEÓRICO:	8
1.3.1. Antecedentes	8
1.3.2. Conceptos básicos de la enfermedad o evento	11
• Generalidades	11
• Factores de riesgo	11
• Etiología	13
• Manifestaciones clínicas	13
• Diagnóstico	13
• Pruebas diagnósticas	15
• Diagnóstico diferencial	18
• Tratamiento	19
• Criterios de alta	23
CAPITULO II	24
CASO CLINICO	25
2.1.OBJETIVOS:	25
2.2.SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:	25
2.3.DISCUSIÓN:	49
2.4.CONCLUSIONES:	54
2.5.RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	56

RESUMEN

Antecedentes: El embarazo ectópico viene hacer la anidación del huevo fecundizado externamente del útero.

Objetivo: Se presenta un caso de embarazo en trompa de Falopio de 12 semanas y se hace una revisión de investigaciones científicas sobre manifestaciones clínicas, manejo, diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 22 años de edad, gestación 1 partos 0, con fecha de última menstruación 26/06/2019; sin uso de método anticonceptivo; acude por emergencia por presentar dolor abdominal de moderada intensidad a nivel de hipogastrio; acompañado de sangrado vaginal escaso; náuseas y palidez, se realiza ultrasonido y se diagnostica embarazo ectópico (EP) derecho complicado, se realiza laparotomía exploratoria más salpingectomía.

Conclusión: El embarazo ectópico es de fácil diagnóstico, que requiere la intervención quirúrgica, demostrando buenos resultados con evolución favorable si se detecta a tiempo y con escasa fertilidad de la trompa afectada.

Palabras Clave: Embarazo Ectópico, Hemoperitoneo, Reporte de Caso.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

Es la anidación de un huevo implantado en otro lugar de la cavidad uterina; constituye un problema de Salud Pública por su impacto en la salud materna, puesto que el 10% de las muertes maternas (MM), se deben a esta patología. Por otro lado, en Chile, representa una tasa global de 10,37 x cada 10 mil mujeres en edad fértil (MEF).¹

En Costa Rica, alrededor del 75% de Mortalidad Materna en el primer trimestre y 9% del total de Muertes Maternas están asociadas al embarazo ectópico (EP). En Reino Unido se diagnostica alrededor de 10.000 embarazos ectópicos (EP), con una incidencia de 11-1/1000 embarazos; Noruega (14.9/1000) y Australia (16.2/1000).²

En el Perú ocurre entre 1% a 2% de los embarazos³; de los cuales por su implantación el 2.4% es intersticial, 12% ístmica, 70% ampular, 11.1% fímbrica, 3.2% ovárica y 1.3% abdominal⁴. Por otro lado, existe un riesgo de embarazo ectópico EP por antecedentes como Salpingoneostomía (2 – 18%), Salpingostomía (10 – 15%), esterilización tubárica fallida (5 – 90%) y repermeabilización tubárica (5%).¹

En ese marco, el embarazo ectópico (EP) no es muy común en la práctica clínica diaria, pero sí de alta mortalidad materna (MM), es por ello que se ha creído conveniente realizar el análisis del caso clínico de EP, donde se analizará sus

manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, a partir del caso clínico que se presentó en el Hospital de Tocache.

1.2.JUSTIFICACIÓN

El embarazo ectópico (EP) es una patología que se caracteriza por que la implantación del óvulo fecundado se da fuera de la cavidad uterina, el cual se ha incrementado en estos tiempos, debido a los avances en fertilidad, cirugía tubárica y fecundación in vitro; siendo factores de riesgo que condicionan a un embarazo ectópico (EP), es por ello que, es conveniente estudiar más a fondo las manifestaciones clínicas, a fin de reducir los riesgos de morbilidad materna extrema y prevenir la Mortalidad Materna (MM).

Por otro lado, es relevante socialmente, puesto que se busca detectar de manera oportuna los casos de embarazos ectópicos (EP) y evitar complicaciones que condicionan la salud materna, ya que es la primera causa de mortalidad materna (MM) en el primer trimestre de gestación y se busca diagnosticar de manera oportuna y evitar “las demoras” en identificar los signos y síntomas, así mismo disminuir los días de estancia hospitalaria.

Así mismo, el Perú como país es vías en desarrollo, donde los indicadores maternos son negativos teniendo una muy alta tasa de mortalidad materna (MM), sobre todo en el 2020 se incrementó en 42.4% la mortalidad materna (MM) debido a la inaccesibilidad de los servicios de salud, métodos de planificación familiar, atención prenatal, atención de parto, etc. Poniendo en

riesgo la salud materna; siendo el embarazo ectópico (EP) una causa directa de mortalidad materna MM).

Es trascendental en la práctica clínica, saber reconocer los signos clínicos desde el punto de vista médico, siendo el(la) Obstetra el primer contacto con las pacientes que apoye en la referencia a un establecimiento de segundo nivel de atención a fin de acortar tiempos y evitar las complicaciones de morbilidad materna extrema.

En efecto, este tipo de casos sirve para que el equipo de gestión de las instituciones de II y III nivel de atención en salud implementen dentro de su guía de prácticas clínicas el manejo del embarazo ectópico.

1.3.MARCO TEÓRICO:

1.3.1. Antecedentes

Rokhgireh S, Gorginzadeh M, Meldizadehkashi A, Tahermanesh K, Alizadeh S.⁵ (Irán, 2021), en su reporte de caso de un embarazo en ligamento ancho en presencia de un dispositivo intrauterino (DIU) in situ, con historial de cesárea, cuya ubicación fue en la pared media lateral pélvica, lateral al útero, inferior a la trompa de Falopio y superior al piso pélvico. Concluye que el embarazo fue en la localización del ligamento ancho izquierdo que fue diagnosticado en evaluación laparoscópica.

Kopelman Z, Keyser E, Morales K.⁶ (EEUU, 2021), en su reporte de caso “**Embarazo ectópico hasta que se demuestre lo contrario ... incluso con**

suero negativo. Prueba de β (hCG): reporte de un caso”, paciente mujer de 23 años, taquicárdica, normotensa, con prueba de hormona gonadotropina coriónica humana β (hCG) sérica y prueba de β (hCG) en orina negativa, con dolor abdominal repentina, sangrado vaginal y síncope, con imágenes de masa anexial derecho y hemoperitoneo. Se realizó cirugía exploratoria de emergencia, encontrándose en la trompa de Falopio derecha una masa tubárica con embarazo ectópico y 500 ml de sangre. Conclusiones: Un embarazo ectópico nunca debe excluirse del diagnóstico diferencial en una mujer en edad reproductiva.

Galani A, Zikopoulos A, Moulias E, Paschopoulos M, Zikopoulos K.⁷ (Grecia, 2021), en su reporte de caso **“Manejo médico conservador exitoso de un ectópico intersticial embarazo a las 10 semanas de gestación”**, mujer de 35 años (G2, P1) a la que se le diagnosticó embarazo intersticial de 10 semanas de gestación después de la fertilización in vitro; estaba hemodinámicamente estable y solicitó tratamiento para preservar la fertilidad. Fue manejada con éxito con metotrexato y ácido folínico con una estancia hospitalaria de 17 días. Conclusión: El embarazo intersticial se puede tratar con medicamentos, sin embargo, estos pacientes requieren un estrecho seguimiento.

Yi T, Chuen H, Chang S, Yuan C.⁸ (Taiwán, 2021), en su reporte de caso **“Embarazo ectópico intersticial: un diagnóstico más seguro con ecografía tridimensional”**, cuyo objetivo fue presentar una herramienta confiable para el diagnóstico de embarazo ectópico intersticial. Mujer de 36

años, 2 partos, 4 gestaciones, remitida por sospecha de embarazo ectópico. La ecografía transabdominal reveló una cavidad uterina vacía, pero un saco gestacional de 8 semanas ubicado excéntricamente en el lado derecho del fondo uterino. La ecografía tridimensional (3D US) demostró un saco gestacional (GS) sobre la región cornual derecha separado de la cavidad endometrial; se encontró una masa abultada sobre la unión útero-tubárica, compatible con embarazo intersticial. La paciente fue dada de alta en los 2 días posteriores a la cirugía. Conclusión: La ecografía convencional siguió siendo la herramienta principal para diagnosticar el ectópico.

Atamari N, Paucar L, Ccorahua M, Morales L, Girón L.⁹ (Perú, 2020), en su reporte de caso “Embarazo ectópico cervical. A propósito de dos casos”, se reportó 2 casos de paciente con sangrado vaginal y se diagnosticó embarazo ectópico (EP) cervical a través de ecografía, se administró metotrexato para el caso 1 y metotrexato-ácido folínico para el caso 2, al no disminuir las concentraciones de la hormona gonadotropina coriónica humana hCG se realizó histerectomía abdominal. Conclusiones: La terapia oral para manejo de EP cervical es controvertido.

Zapata J.¹⁰ (Perú, 2020), en su reporte de caso “Embarazo ectópico cornual ipsilateral a salpingectomía previa”, paciente sin gestación previa, antecedente embarazo ectópico (EP), confirmado por ecografía y resonancia magnética cuyo manejo fue quirúrgico. Conclusión: El embarazo ectópico (EP) aparte de ser diagnosticado clínicamente requiere de ayuda diagnóstica

como ecografía y resonancia magnética. Conclusión: El diagnóstico del embarazo ectópico (EP) sigue siendo un reto para el clínico, llegando a veces ser inconcluso por ecografía transvaginal y resonancia magnética.

1.3.2. Conceptos básicos de la enfermedad o evento

- **Generalidades:**

El embarazo ectópico (EP) es una patología que se caracteriza por la anidación del huevo fertilizado fuera de la cavidad uterina y es la causa principal de mortalidad materna (MM) durante el primer trimestre de gestación.¹¹

La incidencia embarazo ectópico (EP) se ha incrementado actualmente, se postula que se debe a problemas de pelvis inflamatoria e intervenciones quirúrgicas tubáricas de carácter conservador. Sin embargo, la mortalidad materna (MM) por embarazo ectópico (EP) ha disminuido por un diagnóstico precoz oportuno. Las ubicaciones posibles de un embarazo ectópico (EP) son: el 95% son tubáricos y dentro de los tubáricos el 12% son en Istmo; 81% en Ampolla; 5% en Infundíbulo y 2% Cornual o intersticial.¹²

Factores de riesgo:

Existen factores de riesgo menores, intermedios y mayores.¹

Factores de riesgo menores: Entre ellos tenemos a los antecedentes

de cirugía en abdomen o pelvis; duchas vaginales (EE.UU.), consumo de tabaco: afecta el movimiento de las células cilíndricas en las de trompas; inicio temprano de relaciones sexuales asociado a procesos inflamatorios pélvicos y ser > 35 años.¹

Factores de riesgo intermedios: En ellos se tiene los antecedentes de proceso inflamatorio pélvico; fecundación in vitro (incrementa el riesgo de 1/4.000 a 1/100.000); infertilidad, lo más probable se debe a daño tubárico funcional o estructural y promiscuidad sexual.¹

Factores de riesgo mayores: Entre los cuales está el tener antecedente de embarazo ectópico (EP) previo (1 EP un riesgo de 10%, y más 2 EP el riesgo aumenta a 25%). La evidencia demuestra que a las pacientes que se les practicó salpingectomía, incrementa su riesgo de embarazo ectópico (EP) en la trompa remanente si se compara con población general); antecedente de intervención quirúrgica tubárica, antecedente de salpingoligadura y patología tubárica.¹

Los procesos inflamatorios de la pelvis pueden ocasionar deterioro definitivo de la mucosa tubárica, alcanzando afectar completamente la pared. Las consecuencias pueden ser obstrucción de las trompas de manera parcial o síndrome adherencial. El manejo adecuado del proceso inflamatorio pélvico reduce la obstrucción tubárica mas no

la lesión de la mucosa tubárica.

- **Etiología**

El aumento de incidencia de embarazo ectópico (EP) se ha correlacionado con las mejoras en el manejo de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), que en el pasado podrían provocar que la paciente quedará infértil, así como un incremento de la incidencia de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI); el uso de dispositivos uterinos (DIU), sobre todo los que contienen progesterona; incremento del tratamiento de trompas de Falopio, esterilizaciones electivas.¹³

- **Manifestaciones clínicas**

El embarazo ectópico (EP) clínicamente debe ser valorado o sospechar si la paciente refiere dolor, sangrado vaginal y gonadotropina coriónica humana positiva (β -hCG); presencia de tumoración anexial durante la exploración física con β -hCG (+). Sin embargo, la sintomatología clínica no es específicos y no se deben utilizar de manera exclusiva para el diagnóstico, puesto que la triada clínica del dolor se presenta en un grupo reducido de pacientes con embarazo ectópico (EP).¹¹

- **Diagnóstico.**

El diagnóstico temprano de embarazo ectópico (EP), es altamente

clínico; puesto que, la triada clásica de dolor en abdomen, ausencia de menstruación y sangrado vaginal se evidencia en 50% de casos y el síntoma más frecuente que aparece de manera brusca e intensamente es el dolor en hemiabdomen inferior.¹

Cuando existe factores clínicos que evidencia un posible embarazo ectópico (EP), se sugiere la realización de ecografía transvaginal y determinar cuantitativamente β -hCG; puesto que la combinación de los factores clínicos antes mencionados presenta una sensibilidad de 96%, especificidad de 97% y un Valor Predictivo Positivo (VPP) de 95% para diagnosticar un EP.¹⁴

El cuadro de evolución y gravedad es progresivo. La rotura del embarazo ectópico (EP) se puede ocasionar entre las 6 a 8 semanas; esto implica la presencia de 2 escenarios:

El primero sería un embarazo ectópico (EP) no complicado:

Existe ausencia del periodo menstrual, sangrado vaginal o spotting de cantidad variable asociado a sospechas de gestación. Paciente estable sin signos de irritabilidad peritoneal. Aproximadamente el 25% se reabsorbe el hematosalpinx y el trofoblasto y lo demás debe ser manejado por médico especialista.¹

Por otro lado, el **segundo escenario es de un embarazo ectópico complicado:** Se corrobora que la trompa de Falopio está rota

asociado a hemorragia. Se presenta la triada clásica: dolor hipogástrico- ausencia de menstruación - tumor anexial. Así mismo, se evidencia signos de irritación abdominal al examen físico, signos de shock hipovolémico y anemia progresiva.^{11, 13}

A través del examen vaginal: presenta dolor a la palpación del fondo de saco de Douglas “grito del Douglas”, dolor a la movilización, tumor anexial doloroso, además se identifica clínicamente tumoración de bordes poco definido en el fondo de Douglas.

- **Pruebas Diagnósticas**

Para diagnosticar EP una de los exámenes complementarios es el dosaje de la Sub - unidad β -hCG y la ecografía transvaginal.

Sub - unidad β -hCG:

Es detectable en orina (≥ 25 -50 mUI/ml) y en sangre (≥ 5 mUI/ml), está positiva en 99.5% de embarazo ectópico (EP), el dosaje de una sola vez no permite determinar si es un embarazo ectópico (EP) roto o no, mucho menos identificar la localización de la gestación, sin embargo, puede ser referencial para la edad gestacional (EG). Por otro lado, cuando se realiza de manera cuantitativa sirve para realizar el seguimiento y si son seriados ayuda a determinar si la gestación es viable o no o se trata de un embarazo ectópico (EP).

La β -hCG en 48 horas de gestación tiene un aumento mínimo del

66%; no existe diferencia en su valor entre una gestación múltiple y único. Por otro lado, se evidencia menores incrementos en embarazo ectópico (EP) y en no viables (una tercera parte del embarazo ectópico (EP) aumentan o reducen de forma normal).¹

Por otro lado, si la β -hCG es mayor a 1.800 mUI/ml y la ecografía transvaginal no identifica una gestación intrauterina, es posible hacer el diagnóstico de embarazo ectópico (EP). Si los valores de β -hCG es menor y no de evidencia gestación, esta se debe repetir cuando se haya alcanzado los valores antes mencionados. Mientras que, si se tiene un test de gestación positiva y no se evidencia saco gestacional, se debe realizar β -hCG para identificar si se trata o no de un embarazo ectópico (EP).¹³

Si la β -hCG en orina es $>$ o igual a 50 mU/ml tiene una sensibilidad: 90 – 96%; mientras que si β -hCG en plasma y es $>$ o igual a 5 mU/ml tiene una sensibilidad casi al 100%. Sin embargo, existe una zona de discriminación para los valores de β -hCG al asociarlo con la exploración ecográfica, si los valores oscilan entre 6000 a 6500 mU/ml se debería identificar un embarazo intrauterino; en efecto, si a esa edad gestacional no se evidencia saco gestacional (5 a 6 semanas) y posteriormente aumenta o disminuye la β -hCG se podría pensar en un embarazo ectópico (EP).¹⁵

Ecografía transvaginal:

Ayuda a identificar los signos de embarazo ectópico (EP) y tiene una sensibilidad entre 73 – 93%, sin embargo, depende mucho de la edad gestacional (EG) y la práctica y entrenamiento de quien lo realiza.

Según fecha de última menstruación (FUM) se trata de una gestación mayor de 5 ½ semanas y no se evidencia saco gestacional, a pesar que a esta edad ecográficamente es 100 % visible o con una β -hCG mayor o igual a 1.800 mUI/ml, existe la sospecha de un EP.¹¹

El embarazo ectópico (EP) viable: saco con embrión visible con ubicación anómala (VPP: 100% para EP) y latidos cardiacos fetales (LCF) presentes.

El embarazo ectópico (EP) no viable: saco con embrión visible, con ubicación anómala y sin latidos cardiacos fetales (LCF) Signo del anillo tubárico: tumor anexial con un anillo hiperecogénico alrededor del saco gestacional (se ve en 20% de los embarazos ectópicos (EP) diagnosticados por Ecografía transvaginal.

El embarazo ectópico roto/ complicado: Tumor anexial y líquido libre en el Douglas

Pseudosaco gestacional: simula un embarazo intrauterino; se observa en un 5 a 10% de los embarazos ectópicos (EP). Un embarazo intrauterino puede ser distinguido de esto buscando un doble anillo ecogénico (signo de saco decidual doble); el Pseudosaco

tiene un único anillo ecogénico.¹

Masa heterogénea separada del ovario (se ve en 60% de los EP que se diagnostican por ecografía, con Valor Predictivo Positivo VPP = 80-90%).

Endometrio menor de < 10 mm: se sospecha de un embarazo ectópico EP, puesto que, en una gestación normal, el endometrio se evidencia engrosado antes de detectar saco gestacional.

Por otro lado, muchas veces no se diferencia claramente o se confunde con estructuras pélvicas; mientras que entre un 8 a 31% de embarazo ectópico (EP) sospechoso por ecografía no se evidencia en útero ni en trompas, además se sabe que entre 25% a 50% del EP se presentan así clínicamente.¹²

- **Diagnóstico diferencial**

El diagnóstico diferencial de una mujer en edad reproductiva (MEF) con dolor abdominal bajo y metrorragia son:

Embarazo normal, amenaza de aborto o aborto inevitable, masa ovárica sintomática (quistes hemorrágicos, desmoides o torsión), enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), sangrado uterino anormal, sangrado de origen gastrointestinal y origen urinario.¹¹

Por otro lado, se puede confundir con una salpingitis por sus hallazgos similares, sin embargo, la prueba del embarazo será

negativa con un recuento leucocitario elevado y fiebre. También, se puede confundir con la amenaza del aborto, sin embargo, el sangrado es más profuso, el dolor se localiza en la línea media inferior del abdomen y dolor a la movilización del cuello uterino puede estar ausente. Así mismo, también se puede asemejar a una apendicitis, pero no hay presencia de amenorrea o sangrado vaginal, pero si dolor persistente en el cuadrante inferior derecho.¹³

- **Tratamiento:**

Oportuno, adecuado, proporcional a la gravedad, además salvar la vida y la fecundidad en el futuro. Sin embargo, el tratamiento de preferencia es quirúrgico, efectuando la eliminación de la trompa y en caso se den las condiciones se debe realizar un manejo conservador.¹

Manejo expectante.

Según la literatura científica el 25% de los embarazos tubáricos se resuelve espontáneamente; el cual debe tener una supervisión y seguimiento estricto y los requisitos para un manejo expectante son: paciente sin síntomas, títulos de β -HCG en descenso, embarazo ectópico (EP) en trompa, no se identifica EP roto o complicado, tumoración ≤ 4 cm y realizar el seguimiento de la Sub β -HCG hasta que se negativice.

Por otro lado, cuando la β -hCG es menor de 1.500 mUI/ml, paciente

sin síntomas, la opción apropiada es la expectante, siempre y cuando la paciente sepa reconocer los signos de alarma y acuda de inmediato en caso de emergencia.¹³

Sin embargo, está contraindicado un manejo expectante cuando existe una inestabilidad hemodinámica, signos de rotura (dolor, hemoperitoneo > 300 ml), β HCG > 200 mUI/ml y dificultad para seguimiento.¹

Manejo Médico.

Cuando las concentraciones de β -hCG se encuentra de 1.500 a 5.000 mUI/ml, asociado a la no presencia de líquido libre y el diámetro del saco gestacional < de 40 mm, cumplen con los criterios para un tratamiento conservador con Metrotexato (MTX); el mismo que tiene un éxito entre 71,2% y el 94,2%. Sin embargo, el éxito mejora en relación a la edad de gestación, dosis de tratamiento y valores séricos de b-hCG. Su uso se debe a que dentro de las recomendaciones pertenece al grado A y muestra niveles significativos en relación a la cirugía conservadora (recomendación: grado B), siendo su eficiencia menor.¹³

Manejo Quirúrgico

El manejo quirúrgico se da en pacientes con embarazo ectópico donde se encuentre inestable hemodinámicamente, rotura de

embarazo ectópico, contraindicado manejo expectante, gestación intrauterino coexistente, difícil seguimiento domiciliario, intención de contracepción permanente y falla de tratamiento médico.¹

Actualmente, el manejo adecuado de embarazo ectópico es quirúrgico a través de la laparotomía, el cual podría ser conservador o radical:

Conservador

La finalidad es mantener la fertilidad; siendo este manejo importante puesto que se ha demostrado una permeabilidad tubárica del 84%. También se realiza la salpingectomía lineal, cuyo fin es mantener la anatomía de la trompa, solo extrayendo el trofoblasto; así mismo, se sugiere seguimiento a pesar de que la probabilidad es mayor para embarazos intrauterinos posteriores, pero también aumenta la tasa de embarazo ectópico (EP) posterior.^{1, 13}

Por otro lado, postcirugía es importante el monitoreo sérico de hCG, debido a que posterior al procedimiento un 15% aún tienen trofoblasto a nivel de trompas, para ello se debe efectuar la resección quirúrgica o el MTX.

Radical

En este caso si la trompa lateral se encuentra indemne, lo recomendable es una salpingectomía laparoscópica, siendo una

intervención con > 95% de éxito, teniendo una 70% de éxito en gestaciones uterinas posteriores.^{1, 15}

Sin embargo, existen riesgo hasta de un 12% de un nuevo embarazo ectópico, debido a las emergencias como una hemorragia intraperitoneal extensa, compromiso intravascular o escasa visualización de la pelvis al momento de la intervención pueden requerir una laparotomía en vez de cirugía laparoscópica, así mismo, casos especiales como embarazos cornuales rotos o cervicales sangrantes pueden ser una emergencia vital y hasta requerir una histerectomía.¹

La intervención quirúrgica a través de la laparoscopia sólo si se dispone de equipos necesarios y entrenamiento del especialista (si no, laparotomía). Idealmente siempre preferir esta técnica: menos tiempo operatorio, menor pérdida sanguínea, menor estadía hospitalaria, recuperación más rápida y menor tasa de adherencias.¹ Por otro lado, la salpingectomía es un tratamiento hemostático más seguro, frente a los casos de -++paridad satisfecha, daño tubárico irreparable (gran hematosalpinx, rotura), hemorragia incontrolable, EP de gran volumen > 5cm y planificación de FIV.¹

Sin embargo, existe otra técnica de intervención: Salpingostomía el mismo que debe utilizarse cuando las parejas desean tener más hijos y embarazo tubárico pequeño sin complicaciones; sin embargo, si se

compara la salpingostomía vs salpingectomía, los riesgos de morbilidad son similares, no hay beneficio de fertilidad posterior y no reduce la tasa de ser fértil si la trompa está en buenas condiciones.¹⁵

- **Criterios de alta**

Para que una paciente tenga alta médica (manejo conservador), su evolución debe ser favorable y buena y al desempeño de los criterios del MTX post tratamiento.

En el caso de pacientes post manejo quirúrgico, el alta médica se realiza 72 horas post intervención, además que cumpla con criterios como no presentar complicaciones y estar hemodinámicamente estable.

CAPITULO II

CASO CLÍNICO

2.1.OBJETIVOS:

2.1.1. Objetivo general:

Determinar los factores predisponentes y el manejo clínico del embarazo ectópico en primigesta de 22 años atendida en el Hospital II-1 Tocache San Martín, 2021.

2.1.2. Objetivos Específicos:

- Identificar los factores predisponentes del embarazo ectópico en primigesta de 22 años en Hospital II-1 |Tocache 2021.
- Describir el manejo clínico realizado en primigesta de 22 años con diagnóstico de embarazo ectópico en primigesta de 22 años en el Hospital II-1 |Tocache 2021.

2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLINICO:

EMBARAZO ECTÓPICO EN PRIMIGESTA DE 22 AÑOS EN HOSPITAL II-1 TOCACHE, 2021

SERVICIO DE EMERGENCIA - Obstetricia

Fecha: 07/07/2019

Hora: 21.46 Prioridad: I

Nombres y Apellidos: L.K.S.M.

Procedencia: Tocache.

Dirección: Tocache.

Referencia: No

Seguro: SIS. Acompañante: Si, madre.

ANAMNESIS: MOTIVO DE CONSULTA: Refiere Dolor Abdominal.

TIEMPO DE ENFERMEDAD: \pm 12 Hrs.

Paciente acude por el servicio de emergencia acompañada de familiar, refiere dolor abdominal tipo cólico de leve intensidad que se fue incrementando gradualmente desde aproximadamente las 09.30 horas, asociado a sangrado vaginal en poca cantidad, náuseas, palidez y sensación de desmayo. Además, refiere no usar ningún método anticonceptivo en los últimos 3 meses.

ANTECEDENTES:

Hipertensión Arterial : Niega

Diabetes Mellitus: Niega

Insuficiencia Renal: Niega

Hepatitis: Niega

Alergias: Niega

Fecha de Última Regla: 25/06/2019.

EXAMEN FÍSICO: Aparente regular estado general y lucida **AREG**, orientado en tiempo espacio y persona **LOTEP**.

Funciones vitales: Presión Arterial (PA): 90/60 mmHg – Frecuencia Cardiaca (FC): 120 x minuto – Frecuencia Respiratoria (FR).20x minuto - Temperatura: 36.9 °C; Saturación de Oxígeno (SPO2); 97%.

Peso: 58.600 kg; Talla. 1.53 cm.

Altura Uterina: No aplica.

Examen con Espéculo: Se evidencia sangrado vaginal en poca cantidad, orificio cuello interno y externo cerrado.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

1. Descartar Gestación
2. Descartar Infección del Tracto Urinario.

EXAMEN DE LABORATORIO E IMAGENES

Se solicita:

- Hemograma Completo.

- Riesgo Quirúrgico
- Dosaje de Hormona Gonadotropina Coriónica (HCG) cualitativo.
- Examen de Orina Completa.

Se Solicita: Ecografía Pélvica Transvaginal.

- TERAPEUTICA: Se coloca vía endovenoso Cloruro de Sodio al 9%o1000ml con Abbocat Nro. 18 a 60 gotas por minuto.

RESULTADOS DE LABORATORIO:

Primer examen laboratorio: (07/07/2019)

Hematología:

Hemoglobina:	9.9 gr %
Hematocrito.	29.8 %
Recuento leucocitos.	9570 mm ³
Neutrófilos.	73%
Abastionados:	0 %
Segmentados.	72 %
Linfocitos:	23 %
Plaquetas.	224,000
Grupo Sanguíneo	“O”
Factor Rh:	Positivo
Tiempo de Coagulación:	2. 30”
Tiempo de Sangría.	1. 00”

EXAMEN COMPLETO DE URINA:

Examen Físico-Químico

Color: amarillo

Aspecto: turbio

Sedimento urinario:

Cel. Epiteliales: 10 – 15 x campo

Leucocitos. 20 – 25 x campo

Hematíes: 1 a 10 x campo

Cristales: Uratos Amorfos

Inmunología: HCG Positivo (Cualitativo).

Proteína C Reactivo: Reactivo.

INFORME ECOGRAFÍA PELVICA TRANSVAGINAL.

El estudio ultrasonográfico evidencia;

- 1. Útero:** Posición en anteverso flexión
- 2. Anexo Derecho:** Masas Ováricas; Si

Descripción: Se Observa Masa Heterogénea, Abundante Líquido.

- 3. Anexo Izquierdo:** Normal
- 4. Saco de Douglas:** Vacío
- 5. Líquido libre:** Sí en abundante cantidad.
- 6. Observaciones:** Ninguna
- 7. Conclusiones:** El estudio ultrasonográfico es compatible con:
 - 1. Embarazo Ectópico Derecho Complicado**
 - 2. Abundante Líquido libre en cavidad pélvica.**

Paciente es reevaluada por Ginecobstetra en emergencia:

Diagnóstico:

1. Abdomen Agudo Quirúrgico
2. Embarazo Ectópico complicado.

TERAPEUTICA EMERGENCIA:

Indicaciones Médicas en emergencia: 23: 00 horas.

- Nada por vía oral.
- Cloruro de Sodio (CINa) 9% 1000ml a 60 gotas por minuto
- Heamacel 500 ml endovenoso a 30 gotas por minuto
- Control de Funciones Vitales
- Preparar para Sala de Operaciones. (Sonda Foley, Vendaje miembros inferiores y ropa quirúrgica).

FIRMA DE ORDEN DE INTERNAMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

Servicio que ingresa: Gineco/Obstetricia.

Diagnóstico: - Abdomen Agudo Quirúrgico

- Embarazo Ectópico complicado.

Fecha y Hora de Ingreso Al establecimiento: 07/07/2019 H. 21.46Horas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN

Paciente autoriza la intervención médica.

Firma de consentimiento informado para cirugía: Paciente autoriza y firma la intervención médica.

SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES.

Nombre: L.K.S.M.

Fecha de solicitud: 07/07/2019

Diagnóstico: Embarazo Ectópico.

Tipo De Cirugía: Mayor Intervenida: Laparotomía.

Cirujano: Gineco/obstetra

Ayudante: Cirujano General.

Anestesiólogo: Licenciado en Enfermería

Instrumentista: Técnico en Enfermería

Circulante: Licenciado en Enfermería

Tipo Anestesia: Raquídea

Fecha de operación: 07/047/2019- 23: 00 horas.

Se envía a la Unidad de seguros para el sello y se entrega a Centro Quirúrgico.

Paciente ingresa a sala de operaciones: 23.40 horas.

REPORTE OPERATORIO

Fecha de operación: 07/07/2019

Cirujano: Gineco/obstetra

Hora inicio Operación: 23.56 horas

Hora final Operación: 00.42 horas

Primer Asistente: Cirujano General

Anestesiólogo: Lic. Enfermería

Diagnóstico Pre Operatorio:

3. Abdomen Agudo Quirúrgico

4. Embarazo Ectópico complicado.

Diagnóstico Post Operatorio:

1. Embarazo Ectópico derecho abortado.
2. Reimplantado en Epiplón

Operación Practicada:

1. Laparotomía Exploratoria Salpingectomía Derecha.
2. Excéresis de Implante en Epiplón.

Hallazgos:

- Trompa derecha dilatada.
- Implante en Epiplón \pm 1cm
- Hemoperitoneo \pm 800 ml

Procedimientos Operatorios:

1. Paciente Decúbito Dorsal
2. Asepsia Antiseptia
3. Colocación Campos estériles.
4. Incisión suprapúbica.
5. Identificación de hallazgos
6. Salpinguectomía 1/3 externo
7. Lavado de cavidad
8. Excéresis de Nódulo en Epiplón
9. Revisión de hemostasia
10. Recuento de Gasas.
11. Cierre de pared por planos.

Observaciones:

- Pérdida sanguínea. 800cc
- Condición de la paciente al dejar Sala de Operaciones: Buena.
- Gasas completas.

Hoja De Reporte Anestésico:

Diagnóstico: Embarazo Ectópico Roto

Cirugía Propuesta: Laparotomía

Funciones Vitales: Presión Arterial (PA): 90/50 mmHg – Frecuencia Cardiaca (FC)

115 x minuto – Frecuencia Respiratoria (FR).20x minuto - T°: 36°C Saturación de

Oxigeno SPO2: 99%

Ingreso Sala operaciones. 23.45 horas

Inicio Anestesia: 23.52 horas

Inicio Operaciones: 23.56 horas

Final Operaciones: 00.42 horas

Salida Sala operaciones: 00.50 horas

Fluidos: Cl Na 9%

Medicamentos:

Gravol 50 mg endovenoso

Cefazolina 2 g endovenoso en volutrol

Monitorización: Saturación de Oxigeno (SOP₂): 99% 100%-100%-100%

Posición: Supino

Ranitidina 50 mg endovenoso 23:52 horas

Metoclopramida 10 mg endovenoso 23:30 horas

Técnica: Espinal

Manejo Vía Aérea: Mascara Facial.

Regional: Raquídea. Posición: Sentada – Aguja: 25

Punción: Lumbar Intentos: 01

Técnica subaracnoidea: Hiperbárica

Bloqueo Troncular.

Medicamento: Bupivacaina 5 % 3ml

Fentanilo 50 mg

Oxígeno: 3 Litros.

Paciente despierta, tranquila, no complicaciones pasan a Hospitalización.

Diagnóstico Final:

- 1 Embarazo Ectópico derecho abortado.
- 2 Reimplantado en Epiplón

Cirugía Realizada: Salpingectomía.

HISTORIA CLÍNICA: HOSPITALIZACION.

I.- Filiación:

Nombres y apellidos: L.K.S.M.

Nº de Historia Clínica.

Lugar de nacimiento: Tocache

Fecha de ingreso al establecimiento: 07/07/2019 – 21: 46 horas.

Edad: 22 años

Sexo: femenino

Ocupación: ama de casa

Residencia: Jr. Esteban Delgado C/3 Distrito Tocache

Grado de Instrucción: secundaria completa

Estado Civil: soltera.

Religión: católica.

Procedencia: Tocache.

Hoja de gráfica de controles vitales.

Fecha: 8 - 10 de Julio del 2019.

Historia Clínica Obstétrica

Nombre: L.K.S.M.

Edad: 22 años

Gesta: 1 **Paridad:** 0000

Fecha de Ultima Regla: 26/06/2019

Fecha Probable de Parto: 03-03-2020

Motivo de ingreso: Paciente acude por el servicio de emergencia acompañada de familiar, refiere dolor abdominal tipo cólico de leve intensidad que se fue incrementando gradualmente desde aproximadamente las 09.30 horas, asociado a sangrado vaginal en poca cantidad, náuseas, palidez y sensación de desmayo. Además, refiere no usar ningún método anticonceptivo en los últimos 3 meses.

Refiere Menstruación el día 26/06/2019.

Funciones Biológicas:

Apetito: Normal **Sed:** Normal sueño: Normal **Orina:** Normal

Deposiciones: 2 veces al día.

Antecedentes Generales:

Lugar de Nacimiento: Tocache

Grado de instrucción: Técnica Superior incompleto

Ocupación: Ama de Casa

Estado Civil: Soltera.

Hábitos Nocivos: Tabaco: No

Café: Ocasional

Alcohol: No

Drogas: No

Edad Pareja: 27 años

Antecedentes Fisiológicos:

Menarquía: 16 años.

Régimen catamenial: 3-4/ irregular

Dismenorrea: no

Dispareunia: No

Primera Relación Sexual: 18 Años

Última relación sexual: No recuerda

Número Parejas Sexuales: 1

Método anticonceptivo: Hace 3 meses Anticonceptivo Oral Combinado

Vacuna Anti Tetánica. No tiene

Papanicolaou: No, nunca.

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Infección de Transmisión Sexual: Sí, con tratamiento 2015 y 2016.

Embarazos: No refiere

Patologías:

Hipertensión Arterial. NO

Diabetes Mellitus. NO

Tuberculosis. NO

Convulsiones. NO

Várices: No presenta.

Transfusiones Sanguíneas No

Alergias: No

Hepatitis. No.

Niega Intervenciones Quirúrgicas.

Otros: No contributarios.

Antecedentes Familiares: No refiere patologías y/o enfermedades en familiares directos.

EXÁMEN FÍSICO:

Funciones Vitales: Presión Arterial (PA): 90/60 mmHg – Frecuencia Cardiaca (FC): 90 x minuto – Frecuencia Respiratoria (FR).20x minuto. T: 36.9°C

Peso Actual: 58.600 Kg - Talla: 1.53 m

Ectoscopía: Aparente regular estado general, Palidez marcada

Piel y Mucosas: fríos.

Tejido Celular Sub Cutáneo: Conservado - Edema: Sin Edema

CUELLO: Normal Adenopatías: No - Tiroides. No

TÓRAX: Simétrico Mamas: Blandas simétricas.

Aparato Respiratorio: Buen paso de aire en ambos campos pulmonares.

Aparato Cardiovascular: No soplos.

Abdomen: RHA (-) Altura Uterina: Intra Pélvica. Situación Posición Presentación (SPP) : No Aplica. Latidos Cardiacos Fetales (LCF) : No Aplica

Dolor en Fosa Iliaca Derecha a la palpación.

URINARIO: Puntos Reno Ureterales PRU: (-) Puño Percusión Lateral PPL: (-).

APARATO REPRODUCTOR: Femenino.

GE/BUS: Se evidencia sangrado vaginal en poca cantidad rojo.

Tacto Vaginal: Diferido.

Sistema Locomotor.

Miembros Inferiores: Sin Edema.

Reflejos Osteotendinosos: 0/++

PLAN DE TRABAJO:

- Hospitalización
- Seguir Indicaciones Médicas.

Post. Operado.

TERAPEUTICA.

08/07/2019 Hora. 00: 55

Gineco/obstetra deja indicaciones.

- 1.- Nada Por vía Oral
- 2.- Control de funciones vitales más control de sangrado vaginal
- 3.- Dextrosa 5% 1000 + Hipersodio 2 ampollas - administrar III frascos.
- 4.- Transfusión Sanguínea de 1 Paquete Globular
- 5.- Tramadol 100 mg endovenoso cada 8 horas
- 6.- Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas

7.- Dimenhidrinato 50 mg endovenoso cada 8 horas

8.- Hemoglobina Control.

08/07/19 08.00 horas

Terapéutica por Gineco-Obstetra de turno

1.- Dieta blanda más líquidos a voluntad.

2.- Control de funciones vitales

3.- Llave triple Vía

4.- Metamizol 1gr. endovenoso cada 8 horas

5.- Deambulaci3n Asistida.

6.- Gentamicina 80 mg endovenoso cada 8 horas

09/07/19 0 8.00 horas

Terapéutica por Gineco-Obstetra de turno

1.- Dieta completa más líquidos a voluntad.

2.- Control de funciones vitales

3.- Llave triple Vía

4.- Gentamicina 160 mg endovenoso cada 24 Horas

5.- Retiro de sonda Foley.

10/07/19 08.00 horas

Terapéutica por Gineco-Obstetra de turno

1.- Alta con Indicaciones.

2.- Retiro Llave triple Vía

- 3.- Retiro de Apósito más curación de Herida Operatoria
- 4.- Gentamicina 160mg intramuscular cada 24 horas por 5 días
- 5.- Ketorolaco 10 mg vía oral cada 8 horas por 7 días
- 6.- Control por consulta externa en 7 días
- 7.- Sulfato ferroso 300mg 1tab x día x 30 días.

EVOLUCIÓN MÉDICA – INTERCONSULTAS.

Evolución Médica realizado por Gineco-Obstetra

Post Operado Dia 1.

08/07/2019. 07.00 horas Gineco-Obstetra.

(S). Paciente femenina de 22 años de edad se encuentra en su unidad de reposo, refiere dolor en herida operatoria.

Niega otras molestias. Buena evolución.

(O) Al examen: Aparente Regular Estado General – Lucida Orientado en Tiempo Espacio y Persona.

Funciones Vitales: Presión Arterial (PA): 90/50 mmHg – Frecuencia Cardiaca

(FC): 78 x minuto – Frecuencia Respiratoria (FR).19 x- T°: 36. 6° C

Mamas: Simétricas, no secretantes.

Abdomen: Blando depresible a la palpación.

Herida Operatoria: Con apósito limpio y seco.

Genitales Externos. No se evidencia perdida sangrado vaginal

Miembros Inferiores. Sin edema.

(A)Post. Operado. Embarazo Ectópico derecho abortado.

(P) Seguir Indicaciones Médicas

Evolución Médica realizado por Gineco-Obstetra.

Post Operado Dia 2.

09/07/2019. 07: 00 horas

(S). Paciente femenina se encuentra en su unidad de reposo, refiere leve dolor en herida operatoria al movimiento, niega otras molestias.

Funciones vitales: Estables.

(O) Al examen: Aparente Regular Estado General AREG – Lucida Orientado en Tiempo Espacio y Persona LOTEPE.

Funciones Vitales: Presión Arterial (PA): 90/62 mmHg – Frecuencia Cardiaca (FC): 84 x minuto – Frecuencia Respiratoria (FR).21x - T°: 36.4 °C

Facies: Ligeramente pálidas.

Mamas: Simétricas, no secretantes.

Abdomen: Blando Depresible a la palpación.

Herida Operatoria. Sin apósito.

Genitales Externos. No se evidencia perdida Sangrado vaginal-

Miembros Inferiores. Sin edema.

(A)Post Embarazo Ectópico derecho abortado.

(P) Seguir indicaciones médicas.

Evolución Médica realizado por Gineco-Obstetra.

Post Operado Dia 3.

10/07/2019. 07: 00 horas.

(S). Paciente femenina se encuentra en su unidad de reposo, leve dolor en herida

operatoria a la movilización, niega otras molestias.

(O) Al examen: Aparente Regular Estado General – Lucida Orientado en Tiempo Espacio y Persona.

Funciones Vitales: Presión Arterial (PA): 94/65 mmHg – Frecuencia Cardiaca (FC): 84 x minuto – Frecuencia Respiratoria (FR).21x - T°: 36.4 °C

Facies: Ligeramente pálidas.

Mamas: Simétricas, no secretantes.

Abdomen: Blando Depresible a la palpación.

Herida Operatoria. Sin apósito / Afrontada.

Genitales Externos. No se evidencia perdida Sangrado vaginal-

Miembros Inferiores. Sin edema.

(A)Post Embarazo Ectópico derecho abortado.

(P) Seguir indicaciones médicas.

NOTAS DE OBSTETRICIA

08/07/2019 – Hora: 01:30

Paciente ingresa a Sala de Hospitalización de Gineco-Obstetricia con vía periférica permeable Dextrosa 5% 1000 + Hipersodio 2 ampollas con el I frasco de 1000 ml despierta, tranquila, no complicaciones.

Recibe tratamiento según Indicación Médica por Licenciado en Enfermería.

02.00 horas - Recibe Transfusión Sanguínea 01 Paquete Globular.

08/07/19 - 7:30 horas - Turno Diurno.

Paciente femenina de 22 años de edad, paciente estable, con apósito seco y limpio,

no se evidencia sangrado vaginal. Con vía periférica permeable.

Paciente con deambulación asistida. Buena evolución.

Funciones vitales: Presión Arterial (PA): 100/60 mmHg – Frecuencia Cardíaca (FC): 84 x minuto. Frecuencia Respiratoria (FR).21 x minuto – Temperatura (T): 36. 2° C.

Hematocrito: 29% Post Operado.

09.00 horas: Recibe Tratamiento a cargo de Licenciado en Enfermería.

13:30 horas.

Paciente femenina de 22 años de edad, paciente estable, con apósito seco y limpio, no se evidencia sangrado vaginal.

Hematocrito: 29%

Funciones vitales: PA: 90/60 mm Hg. FC: 76 por minuto FR: 20 por min. -

Temperatura: 36. 0° C

17.00Hrs. Recibe Tratamiento a cargo de Licenciado en Enfermería.

Turno Nocturno.

19:30 horas.

Paciente femenina de 22 años de edad, estable, en reposo refiere leve dolor en zona operatoria, con apósito seco y limpio, no se evidencia sangrado vaginal.

Funciones Vitales: PA: 90/50 mm Hg. FC: 72 por minuto FR: 20 por minuto -

Temperatura: 36. 0° C

Hematocrito: 29%

Medico Gineco-Obstetra indica observación.

Turno Diurno.

09-7-19 07:30 horas.

Paciente femenina, estable, refiere leve dolor en zona operatoria, niegas otras molestias, con apósito seco y limpio, no se evidencia sangrado vaginal.

Funciones Vitales: PA. 90/50 mm Hg. FC: 70 por minuto FR: 20 por minuto -

Temperatura: 36° C

08.30 horas: Se retira sonda vesical a cargo de Licenciado de enfermería

09.00 horas: Recibe tratamiento a cargo de Licenciado en Enfermería.

13.00 horas: Paciente estable se encuentra en su cama de reposo en aparente buen estado general y lúcida orientado en tiempo espacio y persona.

18.30 horas: Control de funciones vitales estables.

Turno Noche.

19.30 horas.

Paciente femenina, paciente estable, refiere leve dolor en zona operatoria, niegas otras molestias.

Genitales Externos: No se evidencia sangrado vaginal.

10: 00 horas –Paciente queda en su unidad de reposo estable, no síntomas.

10-7-19 07.30 horas.

Paciente en aparente buen estado general, lúcida orientado en tiempo espacio y persona, buena evolución, alta probable Hoy.

09: 00 horas.

Se retira llave triple vía a cargo de Licenciado de enfermería.

Se Retira Apósito más curación de Herida Operatoria.

Alta con Indicaciones a cargo de Gineco-Obstetra.

NOTAS DE ENFERMERÍA HOSPITALIZACIÓN:

08/07/19 01:30 horas Paciente ingresa de Sala de Operaciones, post operada con Diagnostico: Post operado por Embarazo ectópico, vía permeable (Dextrosa 5% 1000 ml I frasco), se instala en su unidad en aparente regular estado general, lúcida orientado en tiempo espacio y persona.

Recibe tratamiento: Tramadol 100 mg, Ranitidina 50mg, Dimenhidrinato 50 mg endovenoso en volutrol.

Transfusión Sanguínea: (Previa Prueba Cruzada)

Fecha: 08/07/19 01 Paquete Globular

Hora de Inicio: 02.00 horas.

Funciones Vitales: Presión Arterial (PA): 90/60 mmHg – Frecuencia Cardíaca (FC): 113 por minuto – Frecuencia Respiratoria (FR): 22 por minuto – Temperatura: T° 37.2° C

Hora termino: 05.05 horas.

Funciones Vitales: Presión Arterial (PA): 90/70 mmHg – Frecuencia Cardíaca (FC): 80 por minuto – Frecuencia Respiratoria (FR): 20 por minuto – Temperatura: 37.6° C. No reacciones adversas en estado consciente.

TURNO DIURNO

08/07/19 - 07.30 horas

Paciente post operado por embarazo ectópico se encuentra en aparente regular estado general lúcida orientado en tiempo espacio y persona, tolera bien dieta, buena diuresis: Mañana 1000 ml y tarde 800 ml, recibe tratamiento indicado, herida operatoria cubierto con apósito seco y limpio, funciones vitales estables.

Presión Arterial (PA): 90/60 mmHg – Frecuencia Cardíaca (FC): 82 por minuto –

Frecuencia Respiratoria (FR): 20 por minuto – Temperatura: T° 36.2° C.

Queda en observación, con vía periférica permeable más sonda vesical.

Dextrosa 5% 1000 más Hipersodio 2 ampollas (II frasco 1000 ml)

9.00 horas: Tramadol 100 mg, Ranitidina 50 mg, Dimenhidrinato 50 mg
endovenoso en volutrol.

Otras Indicaciones: Metamizol 1gr. Gentamicina 80mg endovenoso.

13.00 horas: llegan resultados de laboratorio:

(Segundo examen laboratorio) 08/07/19

Hemoglobina: 9.06 gr %

17.00 horas: Dextrosa 5% 1000 ml más Hipersodio 2 ampollas (III frasco 1000 ml)
Ranitidina 50 mg, Dimenhidrinato 50 mg + Metamizol 1g + Gentamicina 80 mg
endovenoso en volutrol.

Turno Nocturno.

19.30 horas

Paciente femenina se encuentra en su unidad de reposo despierta con funciones vitales conservadas, no sangrado vaginal, buena evolución.

Funciones Vitales: PA: 90/60 mm Hg. FC: 70 por minuto FR: 20 por minuto -
Temperatura: 36. 4° C. Con sonda vesical permanente, sueño conservado.

01.00 Horas: Metamizol 1g más Gentamicina 80 mg endovenoso.

Turno Diurno

09/07/19 07.30 horas:

Paciente post operado x embarazo ectópico se encuentra en aparente regular estado general y lucida orientada en tiempo espacio y persona. Se continúa con tratamiento indicado, funciones biológicas conservadas.

Refiere leve dolor a nivel de herida operatoria al movimiento.

Herida operatoria con apósito seco y limpio.

Funciones vitales: PA: 90/60 mm Hg. FC: 70 por minuto FR: 20 por minuto -

Temperatura: 36°.2 C

09.00 horas: Metamizol 1g + Gentamicina 160 mg endovenoso en volutrol.

Se retira Sonda Foley.

Turno Nocturno.

19.30 horas: Paciente post operado x embarazo ectópico se encuentra en aparente regular estado general y lucida orientada en tiempo espacio y persona, en su unidad de reposo, se continúa con tratamiento indicado

Funciones vitales: PA. 98/60 mm Hg – FC: 60 por minuto - FR. 20 por minuto –

Temperatura: 36. 2° C

Turno Diurno 10/07/19 07: 30 horas

Paciente post operado x embarazo ectópico se encuentra en aparente regular estado general, lucida orientada en tiempo espacio y persona, refiere leve dolor en zona operatoria. Buena evolución.

Funciones vitales:

PA. 90/50 mmHg – FC: 64 por minuto – FR: 20 por minuto Temperatura (T):

36. 0° C.

09.00 horas: Gentamicina 160 mg Intramuscular.

Se Retira Llave triple Vía

Alta con indicación médica.

EPICRISIS.

Nº Historia Clínica:

Código de Establecimiento: 6580

Fecha y hora de ingreso: 07/07/2019 21:46 horas.

Vía de Admisión: Emergencia.

Nº cama: 2

Servicio/Especialidad: Hospitalización Gineco/Obstetricia

Diagnóstico de ingreso:

Descartar gestación.

Descartar Infección del Tracto Urinario.

Anamnesis.

Paciente ingresa a emergencia por presentar dolor abdominal en hipogastrio.

Antecedentes. Gesta: 1 – Paridad: 0000

Examen Clínico: Aparente regular estado general y lucida orientada en tiempo espacio y persona.

Evolución: Favorable.

Tratamiento recibido durante la Hospitalización

Cloruro de Sodio (Na 9%) x 1000cc

Dextrosa 5% 1000 I-II-III

Hipersodio 6 ampollas

Tramadol 100 mg endovenoso cada 8 horas

Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas

Dimenhidrinato 50 mg endovenoso cada 8 horas

Metamizol 1 g endovenoso cada 8 horas

Gentamicina 80 mg endovenoso cada 8 horas

Gentamicina 160 mg endovenoso cada 24 Horas

**PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y DIAGNÓSTICOS
REALIZADOS.**

Laparoscopia

Ecografía Pélvica Transvaginal

Transfusión Sanguínea de 1 Paquete Globular

Complicaciones: Ninguno

Datos del Egresado del Servicio:

Fecha y hora del egreso: 10/07/2019

12.00 horas.

Estadía Total: 03 días

Tipo de Alta: Alta por Indicación Medica

Condición de Alta: Mejorado.

Pronostico: Bueno

Diagnostico Principal.

1.- Post. Embarazo Ectópico derecho Abortada.

2.- Hemorragia del I trimestre del embarazo.

Firma: Medico Gineco-Obstetra.

Indicaciones: Gentamicina 160 mg intramuscular cada 24 horas por 5 días

Curación de Herida Operatoria.

Ketorolaco 10mg vía oral cada 08 horas por 7 días

Control por consulta externa en 7 días.

2.3.DISCUSIÓN:

El diagnóstico definitivo del embarazo ectópico (EP) es la triada clásica “dolor abdominal bajo (99%), amenorrea (74%) y metrorragia (56%)”, además de otros hallazgos como taquicardia, cambios ortostáticos, hipotensión marcada, shock, dolor a la movilización cervical y la presencia de masa anexial. Por otro lado, los dos exámenes auxiliares más importantes para el diagnóstico son la Ecografía Pélvica Transvaginal (ECO-TV) y los niveles séricos de la fracción beta de la Gonadotropina Coriónica humana (β -hCG). La sensibilidad y especificidad de la combinación de estos dos exámenes está en el rango de 95 % a 100 %. (Nivel de Evidencia II-1).¹⁶

El diagnóstico y manejo de embarazo ectópico (EP) es todo un desafío, puesto que, puede ser fácilmente confundido, su abordaje tradicional es quirúrgico, pero a la vez se puede ofrecer un manejo expectante a mujeres hemodinámicamente estables y sin riesgo de ruptura inmediata.¹⁷

Sin embargo, el caso clínico reportado, no tenía opciones de manejo expectante, sino un manejo quirúrgico (por elección) donde fue un manejo quirúrgico radical (salpingectomía) porque se removió de manera total la trompa de Falopio, puesto que garantiza la hemostasia, así como la extracción de los productos de la concepción, algo que no puede ofrecer el tratamiento quirúrgico conservador.

En cuanto a los exámenes de laboratorio, según el caso clínico se solicitaron los

necesarios e importantes según la Guía Clínica del INMP, donde se debe realizar el dosaje de Hemograma completo, Grupo Sanguíneo y Factor Rh, Perfil de Coagulación, dosaje cuantitativo de β -hCG sérico, Pruebas Cruzadas, Glucosa, Urea y Creatinina Séricas, Examen de orina y Ecografía Pélvica Transvaginal.¹⁶

Por otro lado, Brincat (2019) en su investigación, refiere que los factores de riesgo de la PI incluyen antecedente EP previo (22.9 – 54%), Salpingectomía ipsilateral o bilateral previa (22.9 – 54%), fertilización in vitro (17.1–34.4%), inducción de la ovulación o antecedentes de infecciones de transmisión sexual (12.5–25.0%), como se puede evidenciar en el presente reporte de caso, la paciente tiene 2 antecedentes de ITS, pudiendo ser ese el factor de riesgo del EP.¹⁸

Así mismo, la ecografía Transvaginal ha mejorado en el diagnóstico de EP teniendo una sensibilidad de 56% a las 8,2 semanas de edad gestacional (EG) y de 71,4% de los pacientes a las 6,9 semanas de EG; así mismo, la misma investigación reporta que el 80% de embarazos intersticiales (IP) se diagnosticaron con Eco TV 2D, por otro lado, no hay evidencia científica que la Eco TV 3D tenga mayor precisión para un diagnóstico de IP, sin embargo, muestra una mejor imagen del IP en 3D que en 2D.¹⁸

Por otro lado, los embarazos en mujeres que usan anticonceptivos orales de progestágeno sólo, implantes de progestágeno sólo, dispositivos intrauterinos y

ligaduras de trompas tienen más probabilidades de ser ectópicos que los embarazos en la población general, se podría también postular con esta teoría puesto que, en el reporte de caso, la paciente usaba método hormonal oral.¹⁹

Sin embargo, Logroño (2019), refiere que la mitad de las mujeres diagnosticadas con embarazo ectópico no tienen factores de riesgo conocidos, mientras que, las mujeres con antecedentes de EP tienen mayor riesgo de recurrencia (10%), por otro lado, tiene 3 veces más riesgo las que tuvieron como antecedente una Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), antecedente de infertilidad, mientras que las mujeres que usa dispositivos intra uterinos DIU tienen menor riesgo que las que no usan ningún método anticonceptivo, pero si quedan embarazadas el riesgo de embarazo ectópico es mayor que las que no usan método anticonceptivo.²⁰

Respecto a los factores de riesgo, Salinas (2020), refiere que la Enfermedad Pélvica Inflamatoria, salpingitis, tuberculosis, peritonitis y actinomicosis producen obstrucción de la trompa, dañan los cilios formando adherencias; cirugías previas de las trompas de Falopio sobre todo cuando se realizan recanalización de trompas; el uso de DIU, y anticonceptivos hormonales, puesto ocasiona un desequilibrio hormonal reduciendo la motilidad en la trompa; consumo de cigarrillo, reduce la motilidad de las trompas y la cantidad de estrógenos y finalmente la edad materna influyendo la actividad mioeléctrica y la cantidad hormonal.²¹

Según Tulandi (2020), respecto a los factores de riesgo de Enfermedad Pélvica Inflamatoria EP, determina el Odds Ratio (OR) donde clasifica de alto riesgo al EP previo (OR: 2.7 – 8.3); Cirugía tubárica previa (OR: 2.1 a 21); Patología tubárica previa (OR: 3.5 a 25); Ligadura de trompas (OR: 5.2 a 19); Uso de DIU (OR: 4.2 a 16.4); DIU de Levonorgestrel (OR: 4.9) y fertilización in vitro en embarazo actual (OR: 4.0 a 9.3). Por otro lado, considera de riesgo moderado al uso actual de Anticonceptivos orales con estrógeno/progestina (OR: 1.7 a 4.5); ITS: Gonorrea, Clamidia (OR: 2.8 a 3.7); EPI (OR: 2.5 a 3.4); consumo de tabaco (OR: 1.7 a 3.9); cirugía pélvica/abdominal previa (OR: 4.0) y aborto espontáneo previo (OR: 3.0). Y finalmente de bajo riesgo o leve está considerado al aborto inducido (OR: 2.8); infertilidad (OR: 2.1 a 2.7); edad > 40 años (OR: 2.9); uso de ducha vaginal (OR: 1.1 a 3.1); inicio precoz de la actividad coital (< 18 años) (OR: 1.6) y apendicetomía previa (OR: 1.6).²²

Como se puede evidenciar, existen muchos factores que condicionan a la mujer a tener un embarazo ectópico EP, pero en caso de estudio el factor de riesgo más predominante según criterio de la investigadora es: ITS puesto que presentó en dos oportunidades (2015 y 2016), quizá faltó indagar más respecto a factores de riesgo como el consumo de cigarrillo, antecedentes de EPI, duchas vaginales, inicio precoz de relaciones sexuales entre otros.

Respecto al manejo con metrotexato, según Tanaka (2015), en EP intersticial fue manejado con éxito el 93.9% en esta investigación se incluyeron mujeres con β -hCG de hasta 106 634 UI/L y la presencia de actividad cardíaca fetal, y

solo se presentó efectos secundarios en 3 casos; sin embargo, esta terapia es más eficaz si se administra con ácido fólico y de mejor tolerancia, el régimen fue de MTX de 100 mg en bolo seguido de 200 mg en infusión durante 12 horas.²³

2.4. CONCLUSIONES:

- El factor predisponente más probable del embarazo ectópico fue el antecedente de Infecciones de Transmisión Sexual en dos oportunidades.
- El manejo clínico recibido para el embarazo ectópico fue el adecuado, además de los exámenes de laboratorio y ecografía transvaginal y la intervención quirúrgica que confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico.

2.5. RECOMENDACIONES.

- Mejorar la calidad de registro de historia clínica en el Hospital de Tocache, que debe cumplir con estándares mínimos según Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA, NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Realizar auditorías de historias clínicas a fin de mejorar la calidad de registro según Resolución Ministerial N° 502-2016-MINSA NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V. 02 Norma técnica de salud: Auditoría de la calidad de la atención en Salud.
- Implementar la Guía Práctica y de Procedimientos en Ginecología, Obstetricia y Perinatología del Hospital de Tocache, región San Martín.
- Contratar Médico especialista en Anestesiología para garantizar las atenciones a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carbajal J, Ralph C. Ginecología y Obstetricia. 6 ed. Santiago: Editorial Universidad de Chile; 2015.
2. Hu H, Sandoval J, Hernández A, Vargas J. Embarazo ectópico: revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD (Internet) 2018; (Consultado 2021 feb 16) 9: pp. 28 – 36 Disponible en: DOI: http://dx.doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v9i1.36490
3. Asencio A, Huaquipaco A, Reyes O. Embarazo ectópico tubárico seis años después de una histerectomía supra cervical. Reporte de caso. Rev. Perú Ginecol Obstet. (Internet) 2020; (Consultado 2021 feb 16) 66(3): pp. 1 - 3 Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2280>
4. Atalaya E, Goicochea E. Embarazo ectópico ovárico. Rev Med Vallejana. (Internet) 2020; (Consultado 2021 feb 16) 9: pp. 69 – 72. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.18050/revistamedicavallejana.v9i1.2426>
5. Rokhgireh S, Gorginzadeh M, Meldizadehkashi A, Tahermanesh K, Alizadeh S. Broad ligament Pregnancy in the presence of an intrauterine contraceptive device: A case report. International Journal of Surgery Case Reports. (Internet) 2021; (Consultado 2021 feb 16) 79: pp. 421 – 423 Disponible en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.01.080>
6. Kopelman Z, Keyser E, Morales K. Ectopic pregnancy until proven otherwise ... even with a negative serum hCG test: A case report. Case

Reports in Women's Health. (Internet) 2021; (Consultado 2021 feb 16) 30: pp. 1 – 3. Disponible en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.crwh.2021.e00288>

7. Galani A, Zikopoulos A, Moulias E, Paschopoulos M, Zikopoulos K. Successful conservative medical management of an interstitial ectopic pregnancy at 10 weeks of gestation: A case report Case Reports in Women's Health. (Internet) 2021; (Consultado 2021 feb 16) 29: e00284. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.crwh.2020.e00284>
8. Yi T, Chuen H, Chang S, Yuan C. Interstitial ectopic pregnancy: A more confident diagnosis with three- dimensional sonography. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology. (Internet) 2021; (Consultado 2021 feb 16) 60: pp. 173 – 176. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.11.028>
9. Atamari N, Paucar L, Ccorahua M, Morales L, Girón L. Embarazo ectópico cervical. A propósito de dos casos. Rev. cuerpo méd. HNAAA. (Internet) 2020; (Consultado 2021 feb 16) 13(3): pp. 315 – 318. Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.133.747>
10. Zapata J. Embarazo ectópico cornual ipsilateral a salpingectomía previa. Reporte de caso. (Tesis Pregrado). Universidad Particular Antenor Orrego, Trujillo, Perú, 2020. Disponible en:
11. Abuhamad A. Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología: Un abordaje practico. Virginia. Editorial Eastern Virginia, Medical School; 2014.
12. Cifuentes R. Temas actuales en Ginecología y Obstetricia basados en evidencias. Editorial Universidad Libre Seccional Cali; 2020.

13. Bankowski B, Herane A, Lambrou N, Fox H, Wallach E. Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia. Philadelphia. Editorial Marban; 2005.
14. Pellicer A, Hidalgo J, Perales A, Diaz C. Obstetricia y ginecología. Guías actuación. Madrid, Editorial Medica Panamericana; 2013.
15. Salinas H, Parra M, Valdés E, Carmona S, Opazo D. Obstetricia. Santiago de Chile. Editorial Universidad de Chile; 2005.
16. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Ministerio de Salud. 2º Ed. Lima. Editorial Grafica Delvi S.R.L; 2018.
17. Di Tizio L, Spina M, Gustapane S, Antonio F, Liberati M. Interstitial Pregnancy: From Medical to Surgical Approach—Report of Three Cases. Hindawi. Case Reports in Obstetrics and Gynecology. (Internet) 2018; (Consultado 2021 feb 14) 1: pp. 1 – 5 Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2018/2815871>
18. Brincat M, Smith A, Holland T. The diagnosis and management of interstitial ectopic pregnancies: a Review. Gynecological Surgery (Internet) 2019; (Consultado 2021 feb 14) 16(2): pp. 1 – 15 Disponible en DOI: <https://doi.org/10.1186/s10397-018-1054-4>
19. Guzzo V, Ben S, Sica N. Four-year experience in medical treatment of ectopic pregnancy in the department of Paysandú. Rev. Méd. Urug. (Internet) 2021; (Consultado 2021 feb 13) 37: pp. 1 - 9. Disponible en DOI: 10.29193/RMU.37.1.1

20. Logrono D, Ramírez J, Campo Verde A. Prevalence of ectopic pregnancy in the Carlos Andrade Marín Hospital, 2017 a 2019. Rev. Metro Ciencia. (Internet) 2020; (Consultado 2021 feb 12) 28: pp. 58 - 65. Disponible en DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol28/1/2020/58-65>
21. Salinas V, Cadena G, Tubón J, Solís M. Factores de riesgo en el embarazo ectópico cornual. MEDICIENCIAS UTA (Internet) 2020; (Consultado 2021 feb 13) 4(2): pp. 67-73. Disponible en DOI: <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v4i2.340.2020>
22. American Society for Reproductive medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion. Fertil Steril (Internet) 2013; (Consultado 2021 feb 13) 100(3): pp. 638- 644. Disponible en DOI: [10.1016/j.fertnstert.2013.06.013](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.06.013)
23. Tanaka K, Baartz D, Keat S. Management of interstitial ectopic pregnancy with intravenous methotrexate: An extended study of a standardised régimen. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. (Internet) 2015; (Consultado 2021 feb 13) 55(2): pp. 176 – 180. Disponible en DOI: <https://doi.org/10.1111/ajo.12315>