



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“EMBARAZO ECTÓPICO, EN SECUNDIGESTA DEL
HOSPITAL ILO 2021”**

PRESENTADO POR

JENNY TEDDY CASAPIA KOCCHINFOC

ASESORA

MAG. EVANGELINA RITA RAMOS CALLATA FACISA

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

MOQUEGUA - PERÚ

2022

Tabla de contenido

PORTADA.....	II
PÁGINA DEL JURADO	II
TABLA DE CONTENIDO.....	III
RESUMEN.....	IV
CAPÍTULO I.....	1
1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.3 MARCO TEÓRICO	5
1.3.1 Antecedentes.....	5
1.3.2 Conceptos básicos de la enfermedad o evento.....	11
CAPÍTULO II	31
2 CASO CLÍNICO.....	31
2.1 OBJETIVOS.....	31
2.1.1 Objetivo general.....	31
2.1.2 Objetivos Específicos	31
2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO.....	32
2.3 DISCUSIÓN:.....	36
2.4 CONCLUSIONES:	40
2.5 RECOMENDACIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	43

RESUMEN

Antecedentes: Se le denomina embarazo ectópico a la nidación y desarrollo del óvulo en el exterior del útero.

Objetivo: Se tiene como objetivo la determinación y el análisis en el manejo de las complicaciones del embarazo ectópico, en la paciente secundigesta con 29 años de edad atendida en el Hospital MINSAL ILO, 2021.

Caso clínico: Paciente femenina, edad 29 años, la cual tuvo 2 gestaciones, un solo parto, ningún aborto, 1 hijo vivo, con última fecha de menstruación 23/11/2021; no utiliza métodos anticonceptivos; al ser derivada de consultorio particular acude por emergencia, presenta dolor abdominal intenso a nivel hipogastrio; pálida, quejumbrosa, es evaluada y se tiene como diagnóstico un embarazo ectópico (EE) en el lado izquierdo, se procede a realizar una laparotomía exploratoria.

Conclusión: La triada clásica es un factor concurrente en el embarazo ectópico que con un control diagnóstico oportuno y los exámenes auxiliares (ecografía transvaginal, fracción β -HCG, etc.), se complementan con el tratamiento quirúrgico de emergencia salvaguardando su vida y mejorando el pronóstico de la paciente.

Palabras Clave: Embarazo Ectópico, dolor, tumoración anexial, sangrado vaginal, laparotomía exploratoria

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

Se denomina embarazo ectópico a la nidación y desarrollo del óvulo fecundado en el exterior del útero, se estudia este caso debido a que actualmente se presentan en el control prenatal por la exploración ginecológica como parte de la rutina de consulta obstétrica detectándose de manera oportuna mejorando la supervivencia materna, así como conservando su capacidad reproductiva a diferencia de tiempos pasados. La detección del embarazo ectópico con las complicaciones que atrae interesa a todos los profesionales de salud, debido a que unas veces es de simple y fácil diagnóstico llevándonos hacia su presunción y confirmación; antagónicamente a otras veces, en el cual solo presenta el síntoma de dolor donde no necesariamente se orienta al especialista. Esto genera secuelas en la salud reproductiva de la mujer, debido a esta patología, se ocasiona afectación en el oviducto y un 10% de muertes maternas, con un porcentaje mayor al que se debe a un parto vaginal o a un aborto inducido y el pronóstico de un embarazo exitoso posterior es menor en estas mujeres.

Por otra parte, Chile cuenta con una tasa global de 10,37 x cada 10 mil mujeres en edad reproductiva (MEF). (1)

Podemos encontrar que, en Costa Rica, existe aproximadamente en el primer trimestre un 75% de MM y un 9% de MM del total están relacionadas con los embarazos ectópicos (EP). En el Reino Unido se diagnostica un aproximado de 10,000 embarazos ectópicos, con una proporción de 11.1/1000 embarazos; Australia (16.2/1,000)² y Noruega (14.9/1,000).

En nuestro país, ocurre entre el 1% a 2% de las gestaciones (3); y de acuerdo a su ubicación son: el 2.4% es intersticial, 12% ístmica, 70% ampular, 11.1% fimbria, 3.2% ovárica y 1.3% abdominal (4). Por otra parte, cabe la posibilidad de riesgo de tener un embarazo ectópico si en su historia de vida consta; Salpingoneostomía (2 – 18%), Salpingostomía (10 – 15%), esterilización tubárica fallida (5 – 90%) y Re permeabilización tubárica (5%). (1)

La frecuencia del embarazo ectópico varía de acuerdo a los autores, edades y relación con la paridad siendo las causas principales del embarazo ectópico, a) demora en la recepción de la posición del óvulo y b) retraso en la motilidad migratoria del óvulo.

En este aspecto, visualizando los porcentajes obtenidos el embarazo ectópico es de alta muerte materna tanto en el Perú como a nivel de Latinoamérica mas no es frecuente en la atención diaria, lo cual genera una preocupación ya que no se le está tomando la importancia debida, siendo su etiología las bridas, adherencias y estenosis tubárica como consecuencias de procesos infecciosos originados en abortos, salpingitis, malformaciones congénitas o adquiridas de la trompa, factores espasmódicos a nivel tubárico, factores mecánicos o

compresivos por tumores anexiales que se encuentran en los antecedentes de las pacientes, haciéndose repentinamente frecuente dentro de la población policial femenina titular de la provincia de Ilo, se considera adecuado llevar a cabo un estudio del embarazo ectópico, donde se analizarán las evidencias, y evolución, partiendo del reporte de caso presentado en Hospital MINSA ILO.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Esta patología como se mencionó con anterioridad consiste en la nidación y desarrollo del óvulo en el exterior del útero, originando la triada clásica que interrumpe precozmente en el primer trimestre del embarazo entre la semana 5 a la 10 la evolución de la gestación, tomándose en consideración como una problemática en salud, existen factores de riesgo que conllevan a un daño y a una disfunción tubárica, aun cuando hay superposición de estos factores y que a la vez pueden ser divididos en mecánicos y funcionales; debido a que conlleva a causarle secuelas negativas en la gestante si no se diagnostica de manera temprana, trayendo consigo complicaciones de gravedad dependiendo de algunos antecedentes que pueda tener la paciente.

La manera en cómo se manejan las complicaciones en un EP en el pabellón de obstetricia y ginecología del Hospital MINSA ILO permitirá dar a conocer de manera más detallada la complicación presente, y de esta manera reducir el índice de casos de embarazos ectópicos que conllevan complicaciones y generan muertes anualmente.

En el embarazo ectópico existen múltiples complicaciones, ocasionando notables consecuencias físicas y psicológicas cuando una mujer está gestando, esta investigación se efectuará para comprender y brindar información relevante

tras el reporte del caso, tiene como objetivo detectar los casos de EP de manera oportuna previniendo complicaciones que puedan causar alguna complicación poniendo en peligro la salud de la gestante, considerándose el principal motivo de fallecimiento durante los 3 primeros meses de embarazo por lo que se desea un diagnóstico temprano y oportuno del cuadro clínico reduciendo los costos y días de hospitalización.

Por la pandemia COVID 19 se disminuyó la atención en otras especialidades en el Hospital MINSA Ilo, restringiéndose la atención a emergencias y urgencias, por lo que las atenciones en gineco-obstetricia se vieron restringidas en toda la localidad siendo de suma importancia el control pre- natal, así como las ecografías obstétricas y exámenes auxiliares.

Los indicadores son negativos a causa de la muy alta tasa de muertes maternas, en especial en el año 2020 que se incrementó en 42.4% la MM por ser inaccesibles la atención en consultorios, atención prenatal, consultorio de planificación familiar, sala de partos, entre otros. Colocando a la salud materna en peligro; volviéndose los embarazos ectópicos en una causa directa de muerte materna.

En la consulta diaria es imprescindible mantener los conocimientos actualizados para poder diagnosticar en base a al cuadro clínico en la atención de la gestante y diferenciar el cuadro clínico de la paciente de un EP con otros cuadros clínicos, siendo la profesional obstetra la que pueda derivar a un establecimiento de mayor complejidad a tiempo para evitar complicaciones y prevenir la morbimortalidad materna.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 Antecedentes

Rokhgireh S, et al. (5), el reporte del caso, embarazo en ligamento ancho con dispositivo intrauterino (DIU) in situ, cuenta con antecedentes de cesárea, y la localización fue en la pared media lateral pélvica, lateral al útero, inferior a la trompa de Falopio y superior al piso pélvico. Se pudo determinar que la gestación se situó en el ligamento ancho izquierdo siendo diagnosticada en evaluación laparoscópica. Sosteniendo que los EP se pueden dar también cuando se hace uso de un método anticonceptivo como el DIU, y que no afecta al momento de poder dar el diagnóstico por medio de una evaluación.

El mecanismo de acción de los DIU produce que se espese el moco del cérvix, lo que dificulta que el espermatozoide lo atraviese y fecunde el ovulo y dificulta su implantación en el útero.

Los DIU tienen muchos beneficios; tienen un 99% de efectividad para evitar el embarazo, puede durar de 3 a 10 años, es económico por su tiempo de uso, y en el Perú es gratuito el de cobre, recuperas tu fertilidad tan pronto te lo retiras, no tienen efectos secundarios hormonales, por lo que disminuye el riesgo de desarrollar cáncer endometrial y cervical.

Reiteramos la importancia del control del método anticonceptivo periódicamente para verificar su funcionamiento, así como parte de la prevención y cultura en salud.

Kopelman Z, et al (6), en el reporte del caso “Embarazo ectópico hasta que se demuestre lo contrario ... incluso con suero negativo. Prueba de β -HCG:

reporte de un caso”, una gestante de 23 años, con taquicardia, presión arterial estable, análisis de fracción β -HCG sérica y análisis negativo de β -HCG en orina, con dolor abdominal repentino, sangrado vaginal y desmayo, con resultados de ecografía de tumoración en el anexo derecho y hemoperitoneo. Fue efectuada de emergencia una exploración quirúrgica, detectándose en la trompa del lado derecho una tumoración con embarazo ectópico y 500 ml de sangre.

El profesional de salud debe realizar el protocolo siendo su primer paso un test de embarazo, que cuenta con un 99% de sensibilidad (ortópicas y ectópicas) si la micción tiene un resultado negativo para la sub unidad β -HCG, y si los signos y síntomas del cuadro clínico es sugerente un embarazo ectópico no se necesitaría una mayor evaluación a menos que se intensifiquen los síntomas.

Cuando el resultado de la micción es positivo y los signos y síntomas evidencian un embarazo ectópico está indicada un análisis cuantitativo sérico de fracción β -HCG y ecografía ginecológica. Quedaría descartado el embarazo ectópico si la fracción β -HCG Sérica cuantitativa es menor a 5 mUI/ml. Tener en cuenta que los embarazos en cuerno uterino e intra abdominales pueden aparentar ser intrauterinos pues en los hallazgos ecográficos de embarazo ectópico incluye tumoraciones complejas (mixtas, sólidas, quísticas) sobre todo en tejidos próximos y fondo de saco de Douglas. Si la β -HCG sérica se encuentra sobre los estándares y sin detección de un embarazo hay probabilidad de un embarazo ectópico a menos que no muestre datos significativos por un embarazo fisiológico

precoz o uno ectópico dependiendo del examen clínico pasando a una laparoscopia diagnóstica para confirmación. Por consiguiente, el diagnóstico diferencial de embarazo ectópico siempre debe de ser incluido en toda paciente en edad reproductiva. Esto indica que como buenos profesionales debemos poder realizar el diagnóstico diferencial de las diversas enfermedades del primer trimestre para detectar oportunamente un embarazo ectópico apoyándonos con los exámenes auxiliares.

Galani A, et al (7), en el reporte de caso “Manejo médico conservador exitoso de un ectópico intersticial embarazo a las 10 semanas de gestación”, gestante de 35 años (G2, P1) con un diagnóstico de gestación intersticial de 10 semanas de embarazo post fertilización in vitro; se encontraba hemodinámicamente estable y requirió de tratamiento para mantenerse fértil. Recibió tratamiento de manera exitosa con metotrexato y ácido folínico y solo una estadía de 17 días hospitalizada.

En este caso es una paciente monitoreada por ser receptora de una fertilización in vitro lo que permitió detectar de manera precoz su diagnóstico al hacerle el seguimiento por su fertilización. En estos casos a la gestante se le puede administrar una única dosis de metotrexato 50mg/m² intramuscular en el caso que el embarazo ectópico sea tubárico, si se encuentra intacto, si es menor a 3cm de diámetro, si carece de actividad cardíaca y si el nivel de β -HCG es menor a 5000 mUI/ml, pero puede llegar hasta 15000 mUI/ml. Es importante repetir el dosaje de β -HCG entre los días 4 y 7 posteriores sino aminora en un 15% sería necesario una dosis de

refuerzo de metotrexato o una laparoscopia. Existen otros protocolos, pero el objetivo es decidir si se requiere una dosis de refuerzo. Los niveles de fracción β -HCG deben ser seriados hasta convertirse en imperceptibles, con un resultado exitoso de 87% y el 7% tienen graves complicaciones (ruptura de trompa), cuando el tratamiento no resulta de manera efectiva se recomienda realizar una laparotomía, por lo anteriormente expuesto se reitera la importancia del control pre natal y seguimiento a las gestantes cuando se les realiza la fertilización in vitro con lo cual se puede detectar cualquier patología en sus inicios como en este caso descrito, diagnosticando y dando el tratamiento para el embarazo intersticial oportuno manteniendo su fertilidad.

Yi T, et al. (8) en el reporte del caso “Embarazo ectópico intersticial: un diagnóstico más seguro con ecografía tridimensional”, la ecografía en 3D es la presentación exitosa en visualización para el diagnóstico de una gestación ectópica intersticial. La gestante con edad de 36 años, 4 embarazos, 2 partos, derivada por sospecha de gestación ectópica. Se evidenció luego de la ecografía un vacío en la cavidad del útero, sin embargo, se encontró un saco gestacional de 8 semanas localizado de manera excéntrica en la parte derecha del fondo del útero. La ecografía en 3D evidenció un saco gestacional (GS) sobre la región cornual del lado derecho separada de la cavidad del endometrio; se detectó una tumoración anexial sobre la unión útero-tubárica, compatible con gestación intersticial. El embarazo ectópico tubárico intersticial es rarísimo siendo muy complicado por la vascularización sanguínea proveniente de la rama uterina

y ovárica, por lo que produce serias complicaciones porque va asociado con un mayor riesgo de shock y hemoperitoneo que otros embarazos ectópicos; por lo que da un mayor riesgo de mortalidad materna por el retraso en el diagnóstico y alta vascularidad del miometrio. El embarazo intersticial tiene la posibilidad de crecer en mayor tamaño en comparación a otros embarazos ectópicos. Felizmente es de baja incidencia porque su detección es difícil, pero gracias a la ecografía nos revela una clara imagen que permite el diagnóstico precoz para elegir la mejor opción de tratamiento permitiéndonos detectarlo antes de que se presenten las complicaciones. Este informe nos demuestra lo valiosa y crucial que es la ecografía en casos, sospecha de embarazo precoz, como sangrado irregular, para dar el tratamiento quirúrgico temprano diagnosticando sitios inusuales de embarazo ectópico con un manejo seguro. A la gestante se le brindó el alta 2 días después del procedimiento quirúrgico obteniendo una recuperación pronta. Podemos concluir que el uso de la ecografía es un examen auxiliar prioritario para apoyo diagnóstico del profesional que atiende pudiendo realizar un diagnóstico oportuno de embarazo ectópico disminuyendo la morbimortalidad materna y manteniendo la salud reproductiva de la paciente con un tratamiento precoz y efectivo.

Atamari N, et al (9) en el reporte de caso “Embarazo ectópico cervical. A propósito de dos casos”, se reportaron dos pacientes de sangrado irregular, diagnosticándose EP cervical por medio de una ecografía, se les indicó metotrexate para la primera paciente y metotrexato-ácido folínico para la

segunda paciente, al no ver una disminución de concentración de la fracción β -HCG se procedió a realizar histerectomía abdominal.

La incidencia del embarazo ectópico cervical es baja, de etiología desconocida, pero con factores predisponentes como legrado, síndrome de Asherman, cesárea, cirugía previa en cérvix o uterina, fecundación in vitro, multiparidad y miomatosis uterina. Existe la posibilidad de que suceda por el transporte rápido del ovulo fecundado que ingresa al cérvix por no poder anidar. Se puede concluir que no siempre vamos a tener el resultado satisfactorio que deseamos por medio de la terapia oral para manejo de embarazo cervical; Continuara siendo controversial este tema pues en muchas ocasiones y como lo hemos apreciado anteriormente este tratamiento pudo ser exitoso provocando la mejoría en la paciente, pero sin embargo, no ocurre en el 100% de los tratamientos administrados, variando de acuerdo a la perspectiva y resultado de los profesionales, debiéndose dar seguimiento permanente a las pacientes evaluando su evolución.

Zapata J. (10), en el reporte del caso “Embarazo ectópico cornual ipsilateral a salpingectomía previa”, mujer multigesta cuenta con un historial de gestación ectópica confirmada por ecografía y resonancia magnética la cual fue manejada por medio de cirugía.

El tratamiento más adecuado se basa en las particularidades de las pacientes y puede ser quirúrgico o médico, aunque estos tratamientos continúan siendo controversiales. Definitivamente se debe manejar de forma quirúrgica los diagnósticos tardíos o complicados. El metotrexato no es

efectivo en embarazos cornuales. La cirugía conservadora es el mejor tratamiento ante un embarazo cornual siendo la histerectomía la última alternativa para salvar la vida de la paciente cuando no funciona ningún tratamiento. Se puede concluir que el EP además de ser diagnosticado de manera clínica, también requiere de un diagnóstico como ecografías y resonancias magnéticas. Esto nos demuestra las variantes que pueden surgir frente al diagnóstico de embarazo ectópico y la importancia de la dualidad, cuadro clínico, más exámenes auxiliares para un diagnóstico certero, lo que facilita realizar de manera correcta la labor a los especialistas con rapidez en su detección y lograr brindarle un tratamiento adecuado a la paciente.

1.3.2 Conceptos básicos de la enfermedad o evento

1.3.2.1 Generalidades:

Los embarazos ectópicos consisten en la nidación y desarrollo del óvulo en el exterior del útero, cabe recalcar que el huevo ectópico es idéntico, biológico e histológico al huevo implantado dentro de la cavidad uterina, la diferencia consiste en que la nidación ectópica nunca encontrara un terreno favorable para su implantación debido a que la trompa, ovario y peritoneo no se encuentran preparados para producir la placentación ocasionándose una gestación extra uterina imperfecta convirtiéndose en la causante principal de morbimortalidad en gestantes durante los tres primeros meses del embarazo. (13) El embarazo ectópico desde el punto de vista hormonal es un embarazo normal porque se produce la secreción de

gonadotrofina, produce la progesterona para que se realicen los cambios o modificaciones habituales en la cavidad endometrial. El útero normalmente crece al tamaño de una gestación de 10 semanas mientras que en el endometrio una reacción pseudodecidual es producida con la formación de una caduca que será desechada cuando se produzca el cese del desarrollo del óvulo, esta eliminación podrá ser en forma de molde, fragmentada, necrosada o en vía de necrosis. En un legrado biopsico se encuentra el epitelio glandular con núcleos hipertróficos, hipercromáticos, gigantes y atípicos, las glándulas secretoras y con proliferación simultánea, toda esta atipia celular y reacción adenomatosa corresponde al fenómeno de Arias – Stella.

Se ha incrementado la incidencia de embarazos ectópicos, por lo que se estudia la correlación de enfermedad pélvica inflamatoria y la suma de intervención quirúrgica tubárica de carácter conservador. No obstante, se han reducido esta patología por un diagnóstico temprano y oportuno. Las incidencias por ubicación de los EP son: el 95% tubárico y con mayor predominio de la trompa izquierda, dentro de los tubáricos tenemos el 12% en istmo siendo su ruptura precoz produciendo accidentes hemorrágicos por su proximidad a la arteria tubárica interna; 81% en ampolla adquiriendo mayor dimensión por su duración; 5% infundíbulo y 2% intersticial o cornual por implantarse en la porción intersticial de la trompa. (12)

Factor de riesgo: Se clasifican en 3 tipos de factores de riesgo: mayor, intermedio y menor. (1)

Factor de riesgo mayor: En aquellos que tenemos como antecedente previo el EP (Un embarazo ectópico es un riesgo de 10%, y si es mayor a dos embarazos ectópicos el riesgo se incrementa a un 25%). Está altamente demostrado que las pacientes que se les practicó una intervención quirúrgica de salpingectomía, tendrán mayor riesgo de que se les repita el cuadro de embarazo ectópico en la trompa que aún se mantiene comparado con el resto de mujeres con salpingo ligadura, antecedente de operación tubárica, y patología tubárica. (1)

El revestimiento en las trompas de Falopio puede verse dañado permanentemente por procesos inflamatorios en la pelvis, como resultado de lo cual toda la pared es dañada. Finalmente puede producirse la oclusión parcial de la luz de las trompas y/o el síndrome adherencia. Un buen manejo de PIP alivia la obstrucción tubárica pero no daña el revestimiento de las trompas de Falopio.

Factor de riesgo intermedio: también cuenta con antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI); infertilidad, con gran probabilidad debido al daño tubárico funcional o estructural, también se considera a los procedimientos de fecundación in vitro (porque hay riesgo de incrementar en un 1/4,000 a 1/100,000) y la promiscuidad sexual en la salud de las mujeres en edad de fertilidad. (1)

Factor de riesgo menor: Se consideran los antecedentes de intervenciones quirúrgicas en abdomen, pelvis, duchas vaginales (Estados Unidos) y fumar, los cuales afectan la motilidad para el desplazamiento de las células cilíndricas en las trompas; otros factores que se consideran son: iniciar de manera anticipada su vida sexual, antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) y pasar la mayoría de 35 años de edad. (1)

1.3.2.2 Etiología

La mayor incidencia de EP se asocia al progreso realizado en cuanto a tratamientos del proceso de inflamación pélvica (PIP) y debido a los antecedentes que podrían haber causado infertilidad en los pacientes, originados por abortos o salpingitis, así como con una mayor incidencia de PIP; por usar un dispositivo intrauterino (DIU), especialmente uno que contenga progesterona; malformaciones congénitas o adquiridas de la trompa y esterilización electiva (13). Después de un embarazo ectópico previo la posibilidad que vuelva a ocurrir nuevamente se encuentra entre el 7% al 15%.

Se generaliza en factores mecánicos y funcionales:

FACTORES MECÁNICOS: Impiden o retardan el pasaje del huevo fertilizado hacia la cavidad uterina, cirugías previas para restaurar la función o esterilización son de más alto riesgo, podría ser también x una salpingitis previa que causa aglutinación de los pliegues arborescentes de la mucosa produciendo estrechamiento de la luz o

formación de divertículos. La disminución de cilios por infección puede contribuir a una implantación tubárica; las EPI por chlamydia trachomatis es el factor de riesgo más común. Las adherencias peritubáricas después de un aborto, una infección puerperal, apendicitis, endometriosis pueden causar tortuosidad tubárica y estrechamiento de la luz. Esto puede estar asociado con una ligera elevación del riesgo de embarazo ectópico posterior a un aborto inducido previo. La presencia de dietilestilbestrol predispone la formación de anomalías de desarrollo de la trompa: divertículos, orificios accesorios, hipoplasia. Asimismo, un parto por cesárea previo podría asociarse a un aumento de riesgo de embarazo ectópico.

FACTORES FUNCIONALES: Algunos factores tubáricos retardan el pasaje del huevo fertilizado hacia la cavidad uterina. La motilidad tubárica alterada puede producir cambios en los niveles séricos de estrógenos y progesterona, probablemente para una regulación de los receptores adrenérgicos en el músculo liso, igualmente la utilización de anticonceptivos orales únicamente de progestágenos, uso de DIU con y sin progesterona, después del uso en periodo post ovulatorio de estrógenos en altas dosis “píldora del día siguiente” y después de inducciones ovulatorias, así como en mujeres con trastornos de la fase lútea, fumadoras crónicas y mujeres que utilizan duchas vaginales.

CAUSAS DEL AUMENTO DE EMBARAZOS ECTÓPICOS

Las causas que determinen un aumento de embarazos ectópicos se desconocen porque no son muy claras, se piensa que probablemente serian:

- Incremento de infecciones tubáricas transmitidas vía sexual.
- Diagnóstico temprano y oportuno mediante detección de la fracción β -HCG y ecografía transvaginal, pudiendo producirse una reabsorción antes de llegar al diagnóstico como se realizaba antiguamente.
- Mayor utilización de métodos anticonceptivos que previenen los embarazos intrauterinos promovidos por la planificación familiar, pero que no te protege de los embarazos extrauterinos.
- Esterilización tubárica fallida.
- Aborto inducido seguido de infección.
- Incremento de técnicas de reproducción asistida.
- Cirugía tubarica(salpingotomía previa por EP, tuboplastia)

1.3.2.3 Manifestación clínica

El primer síntoma fundamental en un EP es el dolor y es la razón por la que la paciente viene a la consulta, tener en cuenta siempre la triada clásica porque puede tratarse de una paciente con amenorrea de corta duración con dolor en abdomen acompañado o no de hemorragia vaginal, verificando al tacto tumoración anexial, aunque

al inicio de la gestación podría no percibirse al tacto esta alteración en trompas. Lógicamente al avanzar el tiempo de amenorrea va a ser mayor el dolor y la tumoración anexial fácilmente detectable al tacto, puede apreciarse reblandecimiento del cuello uterino aunque debemos indicar que los signos de embarazo son poco manifiestos en la manifestación ectópica, verificar las pruebas de laboratorio positivas al embarazo mientras que a este nivel la numeración y fórmula no presenta alteraciones o apenas cierta anemia discreta y ligera leucocitosis que nos sirve para el diagnóstico diferencial, todo este cuadro se encuentra mientras que el embarazo ectópico se encuentra intacto, al producirse su evolución y formación de hematosalpinx se acentuará la pérdida sanguínea por vía vaginal la misma que no sede con oxitócicos ni curetaje y en anatomía patológica extraído por legrado o por biopsia encontrarás el signo de Arias – Stella. El dolor se intensifica debido a la distensión de la trompa y a las contracciones que en ella se producen, así como la actividad contráctil del útero para eliminar la caduca, pueden presentarse signos de mareo y lipotimia, al tacto vaginal encontraremos un intenso dolor en el fondo del saco posterior, a la movilización del cuello debido a la distensión de la trompa. Cuando se produce un aborto tubárico todos estos signos se acentuarán encontrándose anemia aguada según el grado de hemorragia intraabdominal que se está produciendo, el dolor se produce tipo cólico y al tacto vaginal nos revela anexos ocupados por el

hematocele evidenciados por los fondos de los sacos vaginales posterior y laterales ocupados. Este proceso puede detenerse y reabsorberse complicándose a veces con peritonitis o puede continuar agudizándose comprometiendo gravemente la vida de la paciente cuando no se hace un diagnóstico precoz oportuno para un inmediato tratamiento quirúrgico por ello se debe de evaluar clínicamente al EP o tener la sospecha si la gestante presenta sangrado vaginal, dolor y β -HCG; Presencia de tumor anexial al examen físico con β -HCG. Sin embargo, los síntomas clínicos son inespecíficos y no deben diagnosticarse solos, porque la tríada de dolor clínico ocurre en un pequeño subgrupo de pacientes con Parkinson. (11) Lo que nos quiere decir que se debe de recurrir a herramientas más específicas para dar con un diagnóstico exacto y tener la certeza de que se está tratando un EP y no otro tipo de enfermedad en el paciente una vez que se crea que es un posible EP.

1.3.2.4 Diagnóstico

Un pronto o anticipado diagnóstico de EP, es en gran medida clínico; debido a que los signos y síntomas característicos que son: dolor abdominal, falta de periodo menstrual y sangrado vaginal, presentándose en un 50% de los casos, siendo el síntoma más frecuente, súbito y potente en hemiabdomen inferior el dolor intenso. (1) el cual nos estaría persuadiendo de un posible EP.

Al encontrar evidencias de factores clínicos de una posible EP, se aconseja realizar una ecografía obstétrica transvaginal asimismo dosar la hormona β -HCG cuantitativamente; debido a que la dualidad de los factores clínicos descritos con anterioridad muestra un 96% de sensibilidad, 97% especificidad y un 95% Valor Predictivo Positivo (VPP) facilitando poder diferenciar una PIP.

(14)

Es importante el seguimiento progresivo para verificar su evolución y posibles complicaciones. El rompimiento del EP podría producirse durante las 6 u 8 semanas; lo que nos produciría 2 posibles escenarios:

Nuestro primer escenario sería un Embarazo Ectópico no complicado: falta de menstruación, sangrado vaginal variable asociado a sospechas de embarazo. La gestante se encuentra de manera estable, no se encuentran signos de irritación peritoneal. Según las estadísticas el trofoblasto y el hematosalpinx son reabsorbidos en un 25%, el resto deberá ser llevado por un ginecólogo especialista. (1)

Con respecto al segundo escenario siendo un EP complicado: La hemorragia es consecuencia de la ruptura de la trompa de Falopio. Se evidencian los síntomas clásicos de embarazo ectópico: dolor hipogástrico- falta de periodo menstrual - tumor anexial. Adicionalmente, puede observarse al examen físico signos como,

irritación abdominal, anemia progresiva y shock hipovolémico. (11, 13)

Mediante el examen vaginal se puede observar: dolor al momento de palpar el fondo del saco de Douglas (grito del Douglas), gran dolor en el movimiento uterino, también presenta neoplasia dolorosa en cualquiera de las trompas, asimismo puede presentarse e identificarse tumoraciones con bordes levemente definidos en el fondo del saco.

1.3.2.5 Prueba diagnóstica

Uno de los exámenes complementarios para poder diagnosticar EP es la ecografía transvaginal y dosar la hormona fracción de Sub unidad β -HCG.

Sub unidad β -HCG: No puede identificarse un embarazo ectópico únicamente con una prueba de embarazo positiva., pero si logramos confirmar que realmente se encuentra gestando. Realmente en todos los casos de embarazo ectópico la fracción β -HCG puede ser detectada en el suero, pero en concentraciones menores si las comparamos con un embarazo normal.

Se percibe en la micción (≥ 25 -50 mUI/ml) y en la sangre (≥ 5 mUI/ml), 99.5% positivo para embarazo ectópico, a primera instancia este dosaje imposibilita precisar si es un embarazo ectópico roto, tampoco permite reconocer la ubicación del saco gestacional,

pero puede indicarnos una referencia por la edad gestacional. En cambio, al llevarse a cabo de forma cuantitativa es útil para verificar su evolución y si es seriado refleja la determinación de la viabilidad del embarazo, o si se trata de un embarazo patológico, esto nos quiere decir que al inicio no tendremos mucha información clara del EP, pero si es favorable para obtener información del embarazo.

A las 48 horas de gestación, la β -HCG aumentó en al menos un 66 %; No hubo diferencia de valores entre un embarazo múltiple y un embarazo único. Por otra parte, se identifican leves aumentos en embarazos patológicos y en no viables (una tercera parte de los embarazos patológicos se incrementan o disminuyen de una manera normal). (1)

Ahora, cuando la fracción β -HCG es mayor a 1.800 mUI/ml y la ECO-TV no determinan un embarazo intrauterino, es factible concluir una gestación patológica. Cuando el valor de β -HCG es más bajo sin existencia de signos de embarazo, debe repetirse tan pronto como se obtengan los valores anteriores. Mientras que, si sale positiva la prueba de embarazo y el saco gestacional no es claramente visible, se debe realizar una prueba de β -HCG para determinar si se trata de PE. (13)

Cuando en la orina la hormona β -HCG es igual o mayor a 50 mUI/ml y cuenta con 90 a 96% de sensibilidad; en tanto que si la hormona β -HCG en sangre y es igual o mayor 5 mUI/ml cuenta con una sensibilidad casi al 100%. No obstante, se cuenta con un área que caracteriza el valor de β -HCG cuando se combina con una ecografía, si el valor se encuentra entre 6000 y 6500 mUI/ml, entonces se tiene que confirmar el embarazo intrauterino; De hecho, dependiendo del tiempo de gestación debe presentarse el saco gestacional (5-6 semanas) y de acuerdo a ello se verifica el aumento o disminución de la hormona β -HCG, se puede considerar la EP. (15)

Ecografía Transvaginal

La Ecografía transvaginal sirve de apoyo para reconocer las manifestaciones clínicas del EP y cuenta con una aproximación de entre 73% y 93%, a pesar de ello, depende mucho de la EG y el entrenamiento y práctica la persona que vaya a realizarlo.

Según la fecha de su último periodo menstrual (FUM) se considera una gestación mayor de 5 ½ semanas donde no se verifica la presencia de saco gestacional, debiendo presentarse ecográficamente a esta edad a 1005 de visualización y la fracción β -HCG igual o mayor a 1.800 mUI/ml, con probabilidad que se presente un embarazo ectópico. (11)

Una gestación ectópica viable: Es aquel que contiene el embrión visible en el saco gestacional, presentándose en una posición atípica (VPP: 100% para Embarazo patológico) con latido cardiaco fetal (LCF).

Una gestación ectópica no viable: Aquel que contiene un producto de la concepción visible en el saco gestacional, presentándose en posición atípica y no tiene LCF, los cuales son signo del anillo tubárico: el cual se manifiesta con una masa mixta con anillo hiperecogénico en los alrededores de la gestación (observado con Eco TV en el 20% de los embarazos ectópicos diagnosticados).

Un EP Complicado/roto: Cuenta con masa mixta y líquido libre en el fondo del saco de Douglas.

Pseudo saco de la gestación: es la simulación de una gestación dentro del útero; se ha observado entre el 5% y 10% de casos. Se aprecia este tipo de gestaciones intrauterinas ubicando el doble anillo ecogénico (signo del saco decidual doble); el Pseudo saco presenta solamente un anillo ecogénico. (1) Lo cual demostraría la diferencia y serviría para un diagnóstico mucho más eficiente.

Se puede apreciar por ecografía distante al ovario una masa mixta (observado en el 60% de embarazos ectópicos diagnosticados por ecografías, con VPP = 80 % - 90%).

Se puede sospechar de un posible embarazo ectópico cuando el endometrio es menor a 10 mm, tener en cuenta que, con un embarazo

habitual, el grosor del endometrio se incrementa desde el inicio de la gestación y antes de la aparición del saco gestacional.

De lo contrario, a menudo se distinguen mal o se confunden con estructuras pélvicas; Mientras que entre el 8 % y el 31 % de las mujeres sospechosas de hacerse un ultrasonido no ven claramente el útero o las trompas de Falopio, se sabe que entre el 25 % y el 50 % de los casos de EP están clínicamente presentes de esta manera. (12)

1.3.2.6 Diagnóstico Diferencial

Todas las MEF que presenten dolor abdominal bajo y metrorragia se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial:

- Intacto: anexitis y quiste de ovario, persistencia cuerpo lúteo.
- Complicado: Aborto, metropatía hemorrágica y útero grávido en retroflexión.
- Roto: Quiste de ovario a pedículo torcido, apendicitis aguda, rotura de piosalpinx.

No dejar de tomar en cuenta el embarazo normal, masa ovárica (quistes hemorrágicos, torsión o tumor desmoides), amenaza de aborto o aborto inevitable, enfermedad pélvica inflamatoria, hemorragia uterina anormal, hemorragia gástrica y urinaria, debiendo realizarse el descarte respectivo hasta lograr el diagnóstico definitivo. (11)

De lo contrario, puede confundirse con salpingitis debido a resultados similares, sin embargo, serán negativos los resultados de la prueba de embarazo con un recuento alto de glóbulos blancos y fiebre. Alternativamente, puede confundirse con la amenaza de aborto espontáneo, sin embargo, hay más sangrado y dolor en el área palpitante del abdomen, y puede carecer de dolor con el movimiento de cérvix. Asimismo, también puede asemejarse a una apendicitis, pero sin sangrado vaginal ni amenorrea, intensidad y continuación firme del dolor localizado en el cuadrante superior derecho de la paciente. (13)

1.3.2.7 Tratamiento

El tratamiento es quirúrgico con medidas generales para combatir la sintomatología y llevar a buen término la intervención quirúrgica se debe practicar una salpingectomía simple en general, pero en los casos de pacientes sin hijos se debe intentar una cirugía conservadora lo más posible practicando la expresión de la trompa o una salpingectomía y sutura o a veces una resección o implante. Todo este tratamiento debe ser completo, dosificable a la gravedad, oportuno, así como salvaguardar vidas y fertilidad posterior. (1)

Manejo expectante: De acuerdo a la literatura científica, desaparecen por sí solos el 25% de los embarazos tubáricos; El manejo posparto

cuenta con los siguientes requisitos: paciente asintomática, título bajo de β -HCG, intubación de PE, PE sin ruptura o identificación compleja, u-block ≤ 4 cm y monitoreo de β -HCG hasta negatividad.

En cambio, si se presenta la fracción β -HCG menor a 1500 mUI/mL, la opción adecuada en pacientes asintomáticos es esperar, siempre que la gestante esté informada para reconocer cualquier alarma en el embarazo y pueda ingresar prontamente a la IPRESS más próxima ante cualquier eventualidad. (13) Esto quiere decir que deben estar alertas ante cualquier señal que les parezca peligrosa, y si es de esta manera apersonarse lo más pronto a cualquier lugar de emergencia. Pese a que, su administración está contraindicada en presencia de inestabilidad hemodinámica, señales como (dolor, peritoneo > 300 ml), β HCG >200 μ m/ml y difícil monitorización. (1)

Manejo Médico: En el momento en que la hormona β -HCG está concentrada entre 1.500 a 5.000 mUI/ml, con ausencia de líquido libre y el diámetro del saco gestacional es menor de 40 mm, se cumplen los parámetros para un procedimiento conservador con Metrotexato (MTX); teniendo unas probabilidades de éxito entre 71,2% y el 94,2%. Si bien, puede mejorar de acuerdo al tiempo de embarazo, dosis de tratamiento y valores de fracción β -HCG. La aplicación varía de acuerdo a las sugerencias y niveles significativos de la intervención quirúrgica aplicada con una eficacia menor. (13)

Manejo Quirúrgico: Se evidencia que en pacientes donde se realiza la cirugía previa a la ruptura baja la tasa de embarazo ectópico recurrente. La laparoscopia se prefiere sobre la laparotomía a menos que la paciente este inestable, porque tiene una relación costo-beneficio mejor y posee un tiempo de recuperación más corto.

Este manejo quirúrgico incluye a gestantes con EP hemodinámicamente inestable, ruptura de EP, contraindicaciones para el manejo posparto, embarazo intrauterino en curso, un difícil seguimiento domiciliario, permanente intención de anticoncepción y tratamiento médico fallido. (1)

En la actualidad, los embarazos ectópicos cuentan con un manejo adecuado, por medio de una cirugía laparoscópica, pudiendo ser conservador o radical:

Conservador: Se tiene como objetivo poder preservar la fertilidad y lograr el salvataje tubárico. Por ello aquí se incluye la salpingostomía (El producto se extruye desde la incisión lineal 10-15mm y se elimina con cuidado, patrón de oro), salpingotomía (idéntico salpingostomía) y la expresión de fimbrias del embarazo ectópico. Entre las prioridades se encuentra el buen manejo EP porque la tasa comprobada de protección de las trompas de Falopio es del 84%. También se realizó escisión lineal con el objetivo de

preservar la estructura anatómica del conducto y extirpar únicamente el trofoblasto; Asimismo, se recomienda el seguimiento a pesar de la mayor probabilidad de embarazo intrauterino posterior, pero también aumenta la incidencia de TEP posterior. (1, 13)

Es de suma importancia el monitoreo sérico de β -HCG postcirugía, puesto que en el tratamiento aún mantiene un 15% con trofoblasto a nivel de las trompas de Falopio, se realiza la resección quirúrgica o el MTX.

Radical: Se realiza la resección tubárica cuando la trompa de Falopio está muy dañada aun si se mantiene intacta, se utiliza también en los EP rotos, porque lo aconsejable es una salpingectomía laparoscópica, siendo una intervención con un 95% mayor de éxito, obteniendo un 70% de éxito en gestaciones uterinas posteriores. (1, 15)

Aunque, existe peligro de máximo 12 % de una nueva EP, porque las emergencias, como hemorragia intraperitoneal extensa, lesión vascular o imágenes pélvicas deficientes en el momento del procedimiento, pudiendo necesitar una laparotomía en lugar de una cirugía laparoscópica. Condiciones como un desgarró de la córnea o sangrado del cuello uterino pueden ser una emergencia potencialmente mortal e incluso requerir una histerectomía. (1)

La cirugía laparoscópica es posible solo cuando se dispone del equipo necesario y la capacitación especializada (de lo contrario, la cirugía laparoscópica). Idealmente, siempre se debe preferir esta técnica: menos tiempo de operación, menos pérdida de sangre, estancia hospitalaria más corta, recuperación más rápida y tasas de adhesión más bajas. (1)

Uno de los tratamientos hemostáticos más seguro es la salpingectomía, cuando tienes tu familia conformada con la cantidad de hijos que deseas tener, trompas dañadas irreparablemente (hematosalpinx, rotura), hemorragia incontrolable, embarazo ectópico con grandes volúmenes mayores a 5cm y planificación de FIV. (1)

Asimismo, comparemos salpingostomía vs salpingectomía, las causas de morbilidad son muy parecidos, lastimosamente no se cuenta con fertilidad luego de este procedimiento y no disminuye la tasa de fertilidad si la otra trompa está permeable y operativa. (15)

1.3.2.8 Criterios de alta

Se puede brindar el alta a un paciente del hospital (con manejo conservador), la transformación del paciente debe ser favorable y

buena, así como debe cumplir con los criterios para MTX después del tratamiento.

Si el paciente es tratado después de la cirugía, es dado de alta del hospital 72 horas después de la intervención, además, debe cumplir con criterios tales como estar sin complicaciones y hemodinámica estable.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.1 OBJETIVOS

2.1.2 Objetivo general

- Analizar y determinar el manejo en las complicaciones de embarazo ectópico, en la paciente secundigesta con 29 años de edad atendida en el Hospital MINSA ILO, 2021.

2.1.3 Objetivos Específicos

- Establecer la complicación y el tratamiento más frecuente en embarazo ectópico en secundigesta con 29 años de edad asistida en el Hospital MINSA ILO, 2021.
- Describir el criterio clínico aplicado en secundigesta con 29 años de edad asistida en el Hospital MINSA ILO, 2021.

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

El día siete de diciembre 2021, aproximadamente a las 18:15 horas, realiza su ingreso por el área de emergencia del Hospital MINSA, la paciente de 29 años, con grado de estudios superiores, suboficial PNP, conviviente, G1 P1 A0 Hv1, FUR: 30 de octubre o 23 de noviembre de 2021 (duda porque no recuerda), con dolor en hipogastrio de aproximadamente 2 horas de evolución, por lo que acude a consultorio particular donde es derivada al hospital.

Al examen físico: FC 115x^a FR 20x^a P/A 120/78 T° 36.8, paciente se encuentra quejumbrosa, pálida, refiere dolor en zona abdominal desde las 16 horas aproximadamente, sin motivo aparente por lo que recurre a consultorio particular.

Se le hospitaliza en el servicio de gineco- obstetricia con el DX:

- Gestación, 5 sem 3 días x FUM
- Embarazo ectópico complicado.

Indica DB 10ml+ ClNa 9%cc 500cc a chorro, luego XXX gotas x´ dos frascos.

- Análisis pre quirúrgicos.
- IC servicio de cardiología.
- IC servicio de medicina interna.
- IC servicio de anestesiología.

En la historia clínica de gineco obstetricia presenta a las 18:30 horas.

Al examen físico: AREG, pálida REH o N, lucida, abdomen ligeramente distendido.

Presenta antecedente de operación de quiste de ovario y cesárea el 14 de febrero del 2017.

Antecedentes familiares:

- Madre: diabetes mellitus.
- Padre: HTA.
- Otros: Hipotiroidismo.

Resultados de la solicitud de exámenes de laboratorio:

Hemoglobina (Hb) 8.6 g/dL,

RPR no reactivo.

PR VIH Negativa.

Grupo y factor sanguíneo O (+).

En el reporte operatorio indica:

Descripción de la técnica o procedimiento utilizado: laparotomía.

Hora de inicio: Vacío. Hora de término: Vacío.

Incidencias ocurridas durante el acto operatorio. Vacío.

Hallazgos operatorios: Abierta cavidad abdominal se evidencia bastante sangrado con presencia de coágulos en un total de 1.5 litros. Se encuentra solución de continuidad en tercio externo de trompa izquierda con salida de tejido de aspecto trofoblástico.

Diagnostico preoperatorio: Embarazo ectópico.

Diagnostico postoperatorio: El mismo.

Estado del paciente: Estable.

Destino del paciente: U.R.P.A.

El día 08 de diciembre del 2022 presenta los siguientes análisis:

Examen de orina completo:

Examen físico:

Color : Amarillo claro.

Aspecto: Transparente.

Densidad: 1020.

Ph : 6

EXAMEN BIOQUÍMICO

Leucocitos -

Glucosa -

Proteínas -

Urobilinógeno -

Bilirrubina -

Nitritos -

Sangre -

Otros -

EXAMEN DE SEDIMENTO URINARIO

Cel. epiteliales 1-2XC

Leucocitos 2-3XC

Hematíes 1-2XC

Gérmenes 1+

Cristales U. amorfos+

Piocitos -

Cilindros -

Filamentos mucosos ++

Otras células -

Otros -

Hematología

Hemoglobina 9.2g%

Hematocrito 29%

Grupo sanguíneo

Factor RH

VSG

Recuento plaquetas 296,000/mm

HEMOGRAMA

Recuento leucocitos 10.900/mm

Juveniles

Abastoados 05%

Segmentados 86%

Neutrófilos -

Eosinófilos -

Basófilos

Monocitos 01%

Linfocitos 08%

CONSTANTES CORPUSCULARES

VCM

HCM

CHCM

Su evolución postoperatoria es FAVORABLE, por lo cual se le da el alta al tercer día de su hospitalización, con funciones vitales estables, con anemia moderada (Hb: 9.2 g/dL), cabe recalcar que se indicó transfusión sanguínea el primer día de post operada, pero no se realizó la transfusión; así mismo, no evidencia la historia clínica el uso de algún método anticonceptivo.

2.3 DISCUSIÓN:

Al realizar un diagnóstico definitivo del EP se considera los signos y síntomas característicos: “dolor abdominal bajo (99%), amenorrea (74%) y metrorragia (56%)”, adicionalmente puede presentar algunos signos a considerar como, hipotensión marcada, taquicardia, cambios ortostáticos, shock, dolor a la movilización cervical, tumoración anexial (posibles tumores benignos o malignos, quistes o embarazo ectópico). Para un buen diagnóstico se debe utilizar los métodos de apoyo como la Ecografía Pélvica Transvaginal (ECO-TV) y los niveles séricos de la fracción beta de la Gonadotropina Coriónica humana (β -HCG). La combinación de ambos incrementa en un rango de 95 % a 100% por ciento en sensibilidad y especificidad (Nivel de Evidencia II-1). (16) Con ambos exámenes lograremos un diagnóstico certero oportuno y eficiente.

Es un gran desafío lograr el diagnóstico y manejo de los embarazos ectópicos, debido a que, fácilmente puede ser confundido, lo más tradicional es abordarlo de manera quirúrgica, pero al mismo tiempo se le puede brindar un tratamiento

expectante a gestantes hemo dinámicamente estables y con ningún peligro de ruptura inmediata. (17)

En la historia clínica, no se contaba con alternativas de manejo expectante, por el contrario, indicaban tratamiento quirúrgico radical (salpingectomía) para la extirpación de la trompa de Falopio de manera total, debido que asegura la hemostasia, sumada a la extirpación del saco gestacional, para un rápido restablecimiento de la paciente.

Se realizaron los exámenes de laboratorio, anteriormente expuestos necesarios para la emergencia según la Guía Clínica del INMP: 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)

Además, en la investigación de Brincat (2019), evidenciamos el antecedente de operación de quiste de ovario (se desconoce derecha o izquierda), Existiendo la probabilidad de riesgo del EP. (18) Lo que se está expresando es que estos casos siguen siendo complejos, llevándonos a realizar evaluaciones más profundas para poder dar con el diagnóstico completo para no brindar información errónea y poder anticiparnos a lo que pueda estar iniciando en el cuerpo de la paciente.

La ecografía Transvaginal viene presentando mejoras en el diagnóstico de embarazos ectópicos contando con una sensibilidad de 56% a las 8,2 semanas

de embarazo (EG) y de 71,4% de las gestantes a las 6,9 semanas de EG; de igual forma, de igual forma indica la investigación que el 80% de gestaciones intersticiales (IP) fueron descubiertas con Eco TV 2D, por otra parte, se carece de datos científicos de que las ecografías sean más precisas y efectivas para el diagnóstico de IP, pero La Eco TV 3D muestra una mejor imagen que en 2D.(18) Lo cual de alguna manera estaría ayudando a la mejor visualización de la cavidad y así un diagnóstico mucho más certero y real.

Logroño (2019), nos indica que el 50% de femeninas con diagnóstico de EP carecen de factores de riesgo conocido, nuestra paciente no utilizaba método anticonceptivo, en tanto que, el riesgo de recurrencia en mujeres con antecedentes es mayor (10%), por otra parte, las mujeres que en su historia se indicaba que habían sufrido de una EPI y de infertilidad, tienen 3 veces más riesgo, mientras que las que utilizan DIU cuentan con un riesgo menor que las mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos, sin embargo si quedaran embarazadas aumentaría el riesgo de padecer esta patología frente a las que no utilizan métodos anticonceptivos.(20)

Referente a los factores de riesgo, Salinas (2020), nos indica; las EPI, peritonitis, salpingitis, actinomicosis y tuberculosis, ocasionan la obstrucción de la trompa, estropean los cilios elaborando adherencias; La paciente refiere que fue operada de quiste de ovario, pudiéndose dañar la motilidad de la trompa, así como en la utilización del DIU, y métodos hormonales, debido a que provocan un desorden hormonal y disminuyen los movimientos en la trompa; fumar, disminuye la motilidad, la cantidad de estrógenos, y por último el tiempo de vida de la madre influye en la actividad mioeléctrica y carga hormonal.(21)

Tulandi (2020), nos indica con respecto a los factores de riesgo de EP, determina el Odds Ratio (OR) donde se realiza la clasificación 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 otra parte, se considera de riesgo moderado al uso actual de métodos 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); al consumo de tabaco (OR: 1.7 a 3.9); cirugía pélvica/abdominal previa (OR: 4.0) y aborto espontáneo previo (OR: 3.0). Y para culminar 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

Los odds ratio son un concepto estadístico para interpretar los resultados de regresiones logísticas basadas en la probabilidad estos oscilan entre 0 e infinito, se interpretan fácilmente de la siguiente manera cuanto más cerca de 0 menor probabilidad y cuanto más cerca de 1 mayor probabilidad, esto quiere decir cuanto el puntaje más se aleje de 1 es más fuerte es la relación; Tulandi nos ha mostrado la relación de probabilidades de los factores de riesgo de EP descritas anteriormente. Son utilizados en modelos de regresión logística para comparar la influencia de las variables explicativas (o independientes sobre la variable dependiente), es decir los factores que afectan para producir un embarazo ectópico.

Podemos verificar diversos factores que condicionan a toda femenina a tener un EP, siendo el factor de riesgo más predominante en este caso de estudio sería el antecedente de operación de quiste de ovario, pero la historia clínica carece de datos de otros factores de riesgo como antecedentes de EPI, entre otros.

2.4 CONCLUSIONES:

Después de haber analizado y determinado el manejo en las complicaciones de la gestación ectópica, en la paciente secundigesta, 29 años, asistida en el Hospital MINSA ILO, 2021 se puede concluir que:

1. Existen 2 tipos de complicación que se presentan en las gestantes con embarazo ectópico: hemorragia y shock hipovolémico; siendo la hemorragia la complicación que se presenta con mayor frecuencia abarcando un 77% de los casos totales; por otra parte, el shock hipovolémico estaría representando el 23% del total de complicaciones, el Shock es consecuencia de la disminución del volumen sanguíneo causado por una hemorragia o pérdida de líquidos, volviéndose de alto riesgo debido a que puede causar diversas consecuencias en la salud femenina.
2. Las alternativas de manejo quirúrgico que se realizarán frente a complicaciones de embarazos ectópicos son la histerectomía, Salpingostomía (radical), y Salpingectomía (conservador), estos serán recomendados según los requerimientos y emergencia de la paciente, como serían: el anhelo de la maternidad, la cantidad de hijos y la edad de la paciente, teniendo todo esto en cuenta se estaría realizando el tratamiento más adecuado. El tratamiento practicado dependerá de la zona en donde se

encuentre el blastocito, al realizar estos procedimientos se estará evitando la muerte materna causada por complicaciones con un embarazo ectópico.

3. Un diagnóstico precoz en un embarazo ectópico es la mejor manera para poder disminuir los riesgos de la paciente; Un factor determinante sería tomar en cuenta la edad de la paciente debido a que esta nos guiará considerar el nivel de complicación y el tratamiento.
4. Contar como antecedente con una operación de quiste de ovario es un factor predictivo más probable del embarazo ectópico.
5. El embarazo ectópico contó con el manejo clínico más conveniente, así como: análisis de laboratorio, ecografía transvaginal, y la laparotomía que confirmaron el diagnóstico de EP.

2.5 RECOMENDACIONES

1. Brindar charlas educativas a jóvenes y adultos acerca de las consecuencias de un embarazo no programado, de esta manera se podrá lograr obtener un diagnóstico temprano para poder evitar futuras complicaciones.
2. Impulsar las revisiones ginecológicas en mujeres sexualmente activas, volviéndolo una rutina, para disminuir el índice de embarazo ectópico, y enfermedades ginecológicas, sin estar necesariamente embarazadas o tener la sospecha de estarlo.
3. Concientizar a la población acerca de los exámenes auxiliares confiables para la detección precoz de una gestación fisiológica, considerando como métodos más específicos a β -HCG en sangre y la ecografía (saco gestacional).

4. Brindar asesoría y seguimiento las pacientes que presentaron un EP, y les gustaría tener hijos, advertirles de las sustancias que están relacionadas con la causa de embarazos ectópicos, como lo son el tabaco, alcohol entre otras; para poder evitar dentro de los seis meses posteriores a la operación una duplicidad de este embarazo.
5. Disminuir los riesgos y mejorar la salud y estilo de vida de la paciente.
6. Ejecutar auditorías seriadas para verificar la calidad del registro de las historias clínicas del Hospital Minsa Ilo según normatividad vigente.

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 supracervical. 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 β -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 DOI: <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 DOI: <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 DOI: <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.
 11. Abuhamad A. Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología: Un abordaje práctico. 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 Médica 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 DOI: <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. Logroño D, Ramírez J, Campoverde A. Prevalence of ectopic pregnancy in the Carlos Andrade Marín Hospital, 2017 a 2019. Rev. MetroCiencia. (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 VG, Cadena Gabriela, Tubón JA , Solis MA. 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 regimen. 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>
24. Resonancia magnética (Internet). MayoClinic.org. 2021 (consultado 2021 Dic 15). Disponible en DOI: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/mri/about/pac-20384768>

25. Lévano Loayza SA, Sovero Gaspar AT. Evaluación anatómica de la articulación temporomandibular mediante resonancia magnética. Artículo de revisión. Rev estomatol hered (Internet). 2021 (consultado 2021 Dic 15);30(4):285–93. Disponible en DOI: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552020000400285
26. Tito Cárdenas HN. “IMPORTANCIA DE LA SECUENCIA T2 PANORAMICA EN COLUMNA VERTEBRAL – INSTITUTO DE IMÁGENES MÉDICAS 2017” (Internet). Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019. Disponible en DOI: repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3871/UNFV_TITO_CARDENAS_HELEN_NATALY_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf;jsessionid=6B8C66F2183F274245437E67EB6286B1?sequence=1