



**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 COMPLICADO EN GESTANTE  
ADOLESCENTE EN UN HOSPITAL NIVEL III MINSA LIMA  
2019”**

**PRESENTADO POR:**

**SOLORZANO GIRALDO KATHERINE EDITH**

**ASESORA:**

**Mg. ELIZABETH ENI YALAN DE MICHILOT**

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

**MOQUEGUA-PERÚ**

**2021**

## INDICE DEL CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO	i
ÍNDICE DE CONTENIDO	ii
ÍNDICE DE TABLAS	iv
RESUMEN	v

### CAPÍTULO I

#### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.2. MARCO TEÓRICO	3
1.2.1. Antecedentes	3
1.2.2 .Conceptos básicos de la enfermedad	5
• Embarazo adolescente	5
• Embarazo ectópico	6
• Factores de riesgo	8
• Manifestaciones clínicas	12
• Diagnóstico	13
• Diagnostico diferencial	14
• Tratamiento	15

### CAPÍTULO II

#### CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVOS	17
----------------	----

2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO -----	18
2.3. DISCUSIÓN -----	42
2.4. CONCLUSIONES -----	43
2.5. RECOMENDACIONES -----	43
BIBLIOGRAFÍA -----	45
ANEXOS -----	50

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1: RESULTADO DE SUB UNIDAD BETA -----	38
TABLA 2: EXÁMENES DEL HEMOGRAMA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN -----	38
TABLA 3: EXÁMENES DE LABORATORIO EN HOSPITALIZACIÓN -----	39
TABLA 4: RESULTADOS DE PERFIL DE COAGULACIÓN DURANTE HOSPITALIZACIÓN -----	39
TABLA 5: RESULTADOS DE PCR DURANTE HOSPITALIZACIÓN -----	40
TABLA 6: RESULTADOS DE EXAMEN DE ORINA DURANTE HOSPITALIZACIÓN -----	40

## RESUMEN

En la actualidad el embarazo adolescente es un importante problema de salud pública por las severas complicaciones obstétricas, el costo social y personal que genera en este grupo poblacional, sin embargo, hay patologías poco estudiadas como el embarazo ectópico en adolescentes.

Se presenta el caso clínico de paciente adolescente quien acude a emergencia en compañía de su mama por referir dolor abdominal agudo, episodios de vómitos y debilidad corporal (niega otros antecedentes de relevancia), es evaluada por gineco obstetra de guardia quien diagnostica embarazo ectópico roto y da el pase a sala de operaciones de emergencia, quedando pendiente la toma pruebas auxiliares complementarias. En el post operatorio se le deriva a la paciente a la Unidad de Cuidados intermedios con diagnósticos de post salpinguectomía + DPR + embarazo ectópico roto, recibe transfusión de un paquete globular en sala de operaciones. Durante el postoperatorio cursa con episodios febriles permaneciendo siete días hospitalizada.

El presente trabajo es la revisión de un caso de forma descriptiva y retrospectiva; para ello, se toma como fuente la historia clínica de una adolescente post operada por embarazo ectópico roto de un Hospital Nivel III – Lima, concluyéndose que el principal factor de riesgo asociado a desarrollar un embarazo ectópico fue principalmente de causa “natural” y el inicio de la actividad sexual temprana (< 18 años), situación no muy frecuente en el cual evidencia una posibilidad

de estudiar otras patologías relacionadas al embarazo en adolescentes. paralelamente se evidencia factores de riesgo sociodemográficos como la escolaridad, la edad (adolescente) y ocupación.

**Palabras claves:** Embarazo ectópico, embarazo adolescente, emergencia obstétrica.

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1.Descripción del problema de Investigación**

El embarazo ectópico es definido como un embarazo fuera de la cavidad uterina, en su mayoría los casos ocurre en las trompas de Falopio, aunque también puede presentarse en la cicatriz cervical, intersticial, de cesárea, etc. (1) Esta patología es causa significativa de morbi - mortalidad femenina que, dependiendo de su presentación clínica, no complicado y complicado (ruptura tubárica), puede condicionar cuadros de hemorragia intrabdominal los que en caso de no ser adecuadamente tratado conllevaría hasta estados de shock (2). Mundialmente toma relevancia como un “problema aun no resuelto” desde el 2004 con artículos publicados por la OMS y UNICEF donde detallan el aumento de muertes maternas por este motivo (3). En Perú, los estudios realizados respecto a embarazo ectópico son reducidos; si bien desde los 60’s autores como Cortés Peña buscan detallar la incidencia real de esta patología; mas adelante se ha realizado publicaciones de incidencias por hospital (1 cada 767 pacientes en el Hospital San Bartolomé, 1 por cada 183 partos vaginales en el Hospital Edgardo Rebagliati, etc.) que solo responden a una visión del embarazo ectópico de manera general y no se hace alusión a un perfil más específico quirúrgico de esta patología, evolución de las pacientes que recibieron

tratamiento (4) factores de riesgo, diagnóstico temprano o el aun impacto en la salud que refiere.

El embarazo ectópico puede conducir a una morbilidad realmente significativa hablando de la reproducción futura, que incluye desde embarazo ectópico subsecuente hasta infertilidad; es por ello que se le considera una emergencia médica que requiere tratamiento inmediato cuya incidencia continua en aumento desde hace más de 30 años (5); científicamente se explica por el aumento de las infecciones de transmisión sexual , en su mayoría de aquellas que complican la integridad de la trompa uterina; es decir, la enfermedad inflamatoria pélvica que no se trata o esta es extemporánea, la misma que alteraría la integridad anatomo-fisiología de la trompa, condicionando la migración dificultosa del huevo en su trayecto. (6)

El embarazo adolescente sigue siendo un tema delicado y preocupante en nuestro país ya que cada vez el inicio de las relaciones sexuales se da a edades más tempranas, las mismas que sin el uso correcto del preservativo, expone a conductas de riesgo para la salud, como adquirir una infección de trasmisión sexual (gonorrea y clamidia), que dañan las trompas de Falopio y ocasionan episodios de inflamación pélvica. (7) En el caso de las gestantes adolescentes el dolor pélvico suele estar relacionado a patologías gastrointestinales o urinarias, sin embargo, en la adolescencia tardía las etiologías obstétricas toman especial atención (ANEXO 1).



La alta cantidad de embarazos adolescentes no solo refleja la aun deficiente información y consejería que se brinda a las adolescentes sino un factor de riesgo más para patologías como el embarazo ectópico y peor aún, para las intervenciones quirúrgicas que son el tratamiento de las mismas. (8)

## **1.2. Justificación**

El presente trabajo busca en primer lugar aportar en el conocimiento de las bases teóricas sobre embarazo ectópico al realizar una revisión bibliográfica actualizada de la misma; además, de mostrar la real situación de nuestra sociedad donde las cifras de embarazo ectópico continúan aumentando de manera alarmante, a la par que la población embarazada adolescente quien aún no es consciente de las infecciones de transmisión sexual que a posterior podrían conllevar a un embarazo ectópico complicado llegando a peligrar su futura fertilidad. Sin contar que el embarazo ectópico viene siendo la primera causa de mortalidad en el primer trimestre de embarazo; hace tan solo meses se reporta un deceso por este exacto motivo, son escasos los estudios realizados en nuestro país que nos exponen de manera crítica y ejemplificada los factores de riesgo que se asocian a embarazo ectópico en adolescente definiendo así la importancia de correcto análisis clínico para llegar a un tratamiento precoz del mismo.

### **1.3. Marco Teórico**

#### **1.3.1. Antecedentes**

##### **Antecedentes Internacionales**

**Escobar P. (2017)**, (9) realizado en el seguro social mexicano durante el 2018, concluye que la frecuencia en embarazo ectópico encontrado fue de 1 de cada 122 nacidos vivos y los factores de riesgo asociados estadísticamente más altos fueron: tabaquismo, multigravidez, tener historia clínica de embarazo ectópico previo; dispositivo intrauterino en uso antes de la concepción y cirugía abdominal. Entre las características clínicas presentes resaltaron dolor pélvico, hemoperitoneo y edad gestacional entre cuatro y ocho semanas.

La tesis presentada por **Mamani B. (2018)**, (10) en el 2018 concluye que entre los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico estarían antecedentes de legrado uterino, patología inflamatoria pélvica, aborto espontáneo previo, inicio precoz de la actividad sexual.

**Brown K. y Lee. (2019)** (11) realizan una revisión de literatura vigente hasta setiembre del 2020 en UpToday sobre la evaluación del dolor pélvico agudo en adolescentes citando al embarazo ectópico como la primera causa de afección que amenaza la vida o los órganos del paciente, además de otras patologías obstétricas como desprendimiento de placenta o ruptura uterina, y en un 4to lugar aun cuadros como apendicitis. Para una mejor interpretación también publican algoritmos de

evaluación en los que el determinar el embarazo de la adolescente sería la primera prueba a realizar.

### **Antecedentes Nacionales**

**Benel A. y Arango (2019).** (12) realizaron un reporte de caso publicado en la Revista peruana de investigación Materno Perinatal en el 2019, donde el hospital de Vitarte identifica que en muchas situaciones los factores de riesgo que ocasionan embarazo ectópico usualmente no se presentan a lo que asume como causas naturales, por ello importancia de la ecografía en casos de sangrado irregular y el tratamiento quirúrgico temprano.

En el trabajo de **Rebaza H. (2019)** (13) separa a la población dos grupos tanto con embarazo ectópico como sin él y evalúa cada uno con los siguientes factores de riesgo : antecedente de cirugía previa tubárica, alteración tubárica, antecedente de cesárea y aborto que ocasionara daño e interrupción del modelo anatómico de la trompa de Falopio; concluyendo en que los antecedentes de aborto, cirugía y cesárea son los de mayor incidencia.

### **1.3.2. Conceptos básicos de la enfermedad**

#### **EMBARAZO ADOLESCENTE**

Para la OMS se define como adolescentes a las personas de entre 10 a 19 años y enfatiza que el embarazo en esta etapa es aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica; también llamado: embarazo precoz, embarazo prematuro,

temprano, no planeado o no deseado. Es necesario comentar que desde 1990 ocurre un descenso mundial considerable en las tasas de natalidad entre las adolescentes pero un 11% aproximadamente de todos los nacimientos que se producen aun son de muchachas entre 15 a 19 años a pesar que este trae consigo repercusiones económicas y sociales negativas; además de una serie de complicaciones durante el embarazo y el parto, que son la segunda causa de muerte; junto con ello 3 millones de prácticas abortivas peligrosas se realizan cada año lo que contribuye el aumento de la mortalidad materna y a problemas de salud a largo plazo. (14)

En el Perú un 13% de mujeres entre los 15 y 19 años estuvo embarazada siendo mayormente adolescentes que no tuvieron acceso a la educación y de la región selva; si bien los porcentajes de acceso a métodos anticonceptivos ha aumentado a lo largo de los años, a la vez el inicio de la vida sexualmente activa antes de los 15 años paso de un 4% en los años 90 a un 8% hasta el 2017. (8)

### **EMBARAZO ECTÓPICO.**

El embarazo ectópico es la implantación de un óvulo fertilizado fuera de la cavidad uterina y se cree que afecta al 1-2% de los embarazos, teniendo en cuenta que el 93-97% de estos son tubáricos (12).

Durante los años de 1997 y 2000 se evidencio una tasa de 20.7 por cada 1000 de embarazos ectópicos (15); en los años posteriores la incidencia fue en aumento, aunque la mortalidad no, permitiendo a la vez que con estudios más detallados se

determinara; por ejemplo, que el mayor porcentaje estaría entre los rangos de 40 a 44 años (16) afectando más a mujeres de raza negra quienes a su vez sufrían complicaciones más severas (17).

Se debe tener en cuenta que la causa más frecuente de muerte materna es el desprendimiento espontáneo de la placenta, que produce un hemoperitoneo culminando en choque hemorrágico. Además, que se acompaña de muerte fetal hasta en un 50% en el primer trimestre de embarazo (18).

En el caso de las adolescentes el dolor pélvico suele estar relacionado a patologías gastrointestinales o urinarias, sin embargo, en la adolescencia tardía las etiologías obstétricas toman especial atención más aun cuando el inicio de las relaciones sexuales se da a edades cada vez más precoces, a la vez que no suele estar acompañada del uso del condón, exponiéndose así a conductas riesgosas para su salud y contagiándose de infecciones de transmisión sexual (gonorrea y clamidia), lo que dañan las trompas de Falopio y ocasionan la inflamación pélvica. (7)

Un embarazo ectópico puede no estar roto o roto en el momento de la presentación a la atención médica. La rotura de trompas o de otras estructuras en las que se implanta un embarazo ectópico puede resultar en una hemorragia intra abdominal potencialmente mortal. La rotura puede presentarse con dolor abdominal intenso, persistente o con síntomas que sugieran una pérdida de sangre continua (p. Ej., Sensación de desmayo o pérdida del conocimiento). (19)

La primordial causa del embarazo ectópico es la alteración anatómica de las trompas debido a factores como anomalías congénitas, tumores, infecciones y cirugías. El cambio anatómico puede ir acompañado de un deterioro funcional debido al daño en la actividad ciliar. El riesgo más alto se asocia con antecedentes de embarazo ectópico previo o cirugía de trompas (20) (ANEXO 2)

### **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTÓPICO**

**Embarazo ectópico previo:** el riesgo de un embarazo ectópico repetido en pacientes que ya tuvieron una gestación ectópica previa es de tres a ocho veces más en comparación con otras mujeres embarazadas (21) . Este riesgo se relaciona tanto con el trastorno tubárico que da lugar al embarazo ectópico inicial como con el procedimiento de tratamiento a realizar, de este último, la salpingectomía previa por es un factor de riesgo de embarazo ectópico recurrente (22)

**Enfermedad pélvica inflamatoria:** por ejemplo, la salpingitis no específica, la clamidia, la gonorrea y en especial las infecciones recurrentes, son motivos importantes de patología en trompas, por lo tanto, el riesgo de embarazo ectópico aumenta. La infección pélvica altera la función tubárica y a la vez llega a causar obstrucción de la misma. (23)

En un estudio de cohorte poblacional retrospectivo de mujeres de 15 a 44 años en Dinamarca (1995 a 2012), se asoció con el aumento en el riesgo de embarazo

ectópico con un 31 por ciento (cociente de riesgo ajustado 1,31; IC del 95%: 1,25 - 1,38) en comparación con las mujeres que no la presentaban

La tuberculosis pélvica no se encuentra asociada comúnmente con el embarazo ectópico. La mayoría de las mujeres con tuberculosis pélvica tienen daño tubárico que reduce la concepción espontánea. Incluso con la fertilización in vitro (FIV), la tasa de embarazo es baja y la tasa de aborto espontáneo es alta.

**Métodos anticonceptivos:** las pacientes que utilizan anticonceptivos hormonales o dispositivos intrauterinos (DIU) tienen muy bajo riesgo de concebir un embarazo. No obstante, la probabilidad de un embarazo ectópico es más alta en comparación con las mujeres no usuarias de anticonceptivos.

- Esterilización: aquellas mujeres que se someten a esterilización y luego experimentan fallas en la esterilización es de 5 a 19 veces mayor la probabilidad de tener un embarazo ectópico que en otras mujeres embarazadas. Un estudio de 44,829 mujeres sometidas a esterilización tubárica en Australia Occidental desde 1990 a 2010, 89 mujeres tuvieron un embarazo ectópico posterior para una probabilidad acumulada de 1,7 por 1000 procedimientos a los cinco años, 2,4 por 1000 a los 10 años y 3 por 1000 a los 15 años después de la cirugía. Las diferencias en la probabilidad variaron según la edad (más alta para las mujeres más jóvenes) y por el método, aunque el método laparoscópico exacto no se especificó en 40 de las 89 mujeres con embarazo ectópico. (24)

- Dispositivos intrauterinos: las mujeres usuarias del dispositivo intra uterino tienen menor incidencia de embarazo ectópico que las mujeres que no usan anticonceptivos ya que es un método anticonceptivo muy eficaz. El riesgo absoluto estimado de embarazo ectópico en usuarias de DIU de cobre es aproximadamente la mitad del riesgo en mujeres que no usan ningún tipo de anticonceptivo (25).

**Tabaquismo**: el fumar cigarrillos en el período peri concepcional está asociado con un aumento dependiente en el riesgo de embarazo ectópico y más aún, un historial de tabaquismo previo se asocia con un aumento de dos a tres veces más en el riesgo de embarazo ectópico y el uso actual se asocia con un riesgo de dos a cuatro veces. (26)

Una posible explicación de este hallazgo puede ser la alteración de la motilidad tubárica en fumadores o la inmunidad alterada, predisponiéndolos a la enfermedad pélvica inflamatoria.

**Inicio de relaciones sexuales (< de 18 años)**: El comienzo temprano de las actividades sexuales, aumenta en gran medida los porcentajes de embarazos adolescente. (27)

### **Factores sociodemográficos**

Características objetivas considerados datos de gran importancia para la salud, entre ellos: la edad, estado civil, escolaridad, ocupación y ubicación física del hogar. (27)



## **CLASIFICACION**

El embarazo ectópico puede ser clasificado de acuerdo a ciertas situaciones:

### **➤ Según el momento de implantación**

-Primitivo: se da cuando la gestación transcurre en el mismo lugar donde se dio la implantación.

-Secundario: el huevo se desprende del lugar de implantación para migrar a otro sitio, en su mayoría a regiones abdominales.

### **➤ Según el sitio de implantación:**

-Tubárico: ocurre en la trompa y es el caso más frecuente con un 98% aproximado de todos los casos de embarazo ectópico, de preferencia es la trompa derecha en proporción de 6:4 la más afectada; con respecto a las regiones, la zona ampular es la más afecta con más o menos 65 a 80 %, luego la región ístmica con 20 a 13 % (ocasiona rotura), la variedad infundibular posee de 13 a 5 % y de forma muy rara del 3 al 2 % se implanta a nivel intramural (intersticial o cuerno uterino), puede evolucionar hacia el estallamiento, con hemorragia y alta mortalidad.

-No tubárico: son una rareza y se ocurren en orden porcentual primero los abdominales (1,3 %), ováricos (0,5 %) y cervicales (0,1 %).

### **➤ Según su evolución clínica:**

-No complicado: ocurre de forma silencioso y no suele avanzar más que el I trimestre, esperando la reabsorción total, pero se sabe que muy probablemente sea el precursor de un embarazo ectópico de tipo complicado.

-Complicado: para este tipo en el cuadro clínico evidenciamos una rotura de la trompa y hasta hemoperitoneo y una evidente descompensación hemodinámica. (3)

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Las manifestaciones clínicas están basadas en una la triada clásica descrita como dolor abdominal ( tipo cólico localizado usualmente en las fosas ilíacas ya sea izquierda o derecha, sumado a dolor pélvico muy intenso en el lado donde se hubiese localizado la implantación) , alteración en la actividad menstrual ( aparece sangrado vaginal como parte del proceso de desprendimiento decidual, la cantidad del flujo varia desde un manchado hasta la cantidad similar a una menstruación además de episodios de amenorrea o metrorragia) ; y la identificación al momento del examen físico de un tumor anexial; el problema con esta triada es que se refiere mayormente a casos de embarazo ectópicos en estados tardíos. El embarazo ectópico suele aparecer de seis a ocho semanas después del último período menstrual normal, pero pueden ocurrir más tarde, especialmente si el embarazo se produce en un sitio extrauterino que no sea la trompa de Falopio. Algunas veces se presentan molestias normales del embarazo o síntomas como mareo, síncope, diarrea, dolor con la defecación y presión rectal. (21).

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en la combinación de la medición de los niveles de gonadotropina coriónica humana de forma cuantitativa en suero y hallazgos ecográficos transvaginales ya que su clínica inespecífica nos lleva a pensar desde un abdomen agudo hasta de forma inadvertida cuando es asintomática.

En el descarte de los niveles de la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica ( $\beta$ -Hcg) en sangre sabemos que durante un embarazo normal dicha concentración es directamente proporcional con el tamaño y desarrollo gestacional del embrión por el contrario en los casos de embarazo ectópico estos son inferiores (ANEXO 3)

Para poder determinar adecuadamente el diagnóstico se deben observar los escenarios de ocurrencia, si la  $\beta$ -hCG se encuentra en la zona llamada discriminatoria tendría valores de  $\beta$ -hCG menor a 3500 mUI/ml debiéndolo repetir a las 48 horas para determinar si existe el aumento adecuado concordante a lo que sería un embarazo normal; si por ejemplo este aumentara pero en rangos inadecuados se deberá repetir el ultrasonido vaginal; si se lograra documentar el embarazo ectópico se inicia precozmente tratamiento. Cuando encontremos casos donde los niveles de  $\beta$ -hCG desde un inicio estén bajos nos indicaría un embarazo fallido, y se deberán tomar muestras cada semana hasta que este valor sea indetectable. (19) Por último, si la  $\beta$ -hCG se encuentre superior valor ya mencionado dependerá del resultado del ultrasonido transvaginal para una definición del manejo, ya que si no existiera una masa que significara embarazo y fuera extra ovárica iniciaremos tratamiento.

Con respecto al diagnóstico por ultrasonido se basa en la ausencia de poder observar el embarazo de forma intrauterina más que llegar a encontrar el lugar específico en donde se implantara de forma extrauterina, existen algunos criterios que nos pueden ayudar en el diagnóstico:

- Endometrio: No se tiene completamente definido un grosor o apariencia específica que sea determinante pero en mas del 20% de los casos se encuentra una colección liquida llamada “pseudosaco”.
- Líquido pélvico libre: en más de un caso es común ver una cierta cantidad de líquido libre que esta estrechamente relacionada con hallazgos quirúrgicos de de hemoperitoneo que no exactamente confirmarían una ruptura tubarica ya que la sangre se fuga desde las fimbrias en multiples ocasiones; se considera grados de severidad cuando este liquido estaría presente en el espacio de Morrison (espacio entre el riñon e hígado).
- Embarazo ectópico tubarico: el 60% logra encontrar una masa anexial homogénea de forma no quística.

El diagnóstico de quirúrgico a quedado reservado para aquellas mujeres que ingresaron a emergencia con signos de abdomen quirúrgico o en estado de shock. (5)

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Al tener una clínica tan inespecífica se debe tener en cuenta los probables diagnósticos diferenciales como:

- Aborto incompleto se presenta como un dolor también tipo colico que además tiene metrorragia y amenorrea no al nivel de evidenciar signos de anemia, el tratamiento seguido es someter a la paciente a un legrado uterino, seguido de su respectivo examen histopatológico.
- Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) que es un proceso ocurrido de forma bilateral y se diferencia del embarazo ectópico en la parte clínica ya que suele aparecer fiebre, leucorrea y en los exámenes auxiliares leucocitosis y desviación izquierda; además, la determinación de  $\beta$ -HCG es negativa.
- Quiste ovárico, suelen tener un cuadro clínico muy similar al del ectópico pero la paciente mayormente se encuentra hemodinámicamente inestable; la confirmación del diagnóstico suele darse durante el acto quirúrgico.
- Apendicitis, en más de una ocasión se confunde por el dolor tipo cólico localizado en fosa ilíaca derecha, pero ya que también se le suman otros síntomas gastrointestinales y signo propios de reacción de la pared abdominal se orienta el diagnóstico. (5)

## TRATAMIENTO

- **Manejo expectante:** un cuarto de los casos de embarazo ectópico suelen resolverse de manera espontánea, ya sea por regresión o por un aborto tubárico, pero solo puede ofrecerse cuando la paciente cumpla con requisitos como estar hemodinámicamente estable, dolor mínimo, visualización ecográfica clara, embarazo ectópico tubárico con un tamaño de menos de 35mm sin latidos cardio fetales, escaso liquido libre, niveles séricos de  $\beta$ Hcg

menores a 1000 UI/L y seguridad de que la paciente volverá para sus respectivos controles seriados.

- **Manejo medico:** el uso de Metotrexato (antagonista del ácido fólico) tiene como función inhibir la síntesis de purinas y pirimidinas para así alterar la síntesis de ADN y con ello la división celular, al utilizarlo tiene una tasa de éxito de entre 65 a 95% y los criterios para administrarla son los mismos al manejo expectante con la diferencia de que los niveles de  $\beta$ Hcg pueden ser de hasta 5000 UI/L, el tener pruebas actualizadas que certifiquen una adecuada función renal y hepática, y que no presente ningún tipo de alergia al metotrexato.
- **Manejo quirúrgico:** se realiza en pacientes que presenten inestabilidad hemodinámica, tumor anexial mayor de 35 mm, presencia de líquido libre, confirmación con ultrasonido transvaginal, abdomen agudo, niveles de  $\beta$ Hcg mayores de 5000 UI/L o alguna falla o contraindicación al administrar el tratamiento médico. Los procedimientos a realizarse son dos, puede ser una Salpingectomía la cual implica la total extirpación de la trompa comprometida y es reconocido como el procedimiento quirúrgico estándar o también llamado de elección en pacientes que tiene múltiples episodios de embarazo ectópico en una misma trompa y la otra trompa indemne, embarazo ectópico de gran tamaño y ruptura de trompa. La Salpingostomía se realiza con una incisión lineal que remueve el embarazo ectópico, pero preserva la trompa afectada. Esta intervención es factible, pero se corre el riesgo de tener un nuevo episodio en la misma trompa.

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1. Objetivos**

##### **A. General**

Determinar los factores de riesgo predisponentes al embarazo ectópico complicado en una gestante adolescente atendida en un Hospital Nivel III – Lima 2019.

##### **B. Específico**

1. Identificar los factores de riesgo sociodemográfico asociado al embarazo ectópico complicado en una gestante adolescente de un Hospital Nivel III –Lima 2019

## 2.2.Sucesos relevantes del caso clínico

- **Datos de la paciente**

Nombre: R.L.Y.T

Edad: 18 años

Fecha de nacimiento: 29/04/2001

Distrito: San Juan de Lurigancho

Estado civil: Soltera

Grado de Instrucción: Secundaria completa

Ocupación: Ama de casa

- **Enfermedad actual**

**Tiempo de enfermedad:** 02 horas

**Forma de inicio y curso:** insidioso y progresivo

**Signos y síntomas principales:** Dolor abdominal

Vómitos

Debilidad

- **Relato cronológico:**

Paciente mujer de 18 años, refiere que una hora antes de acudir a la emergencia presenta dolor abdominal de intensidad moderada (8/10) tipo cólico en hemi abdomen inferior. Además, presentó vómitos 100cc aproximadamente en 4 oportunidades. Niega otras molestias.

- **Antecedentes**

**Antecedentes gineco obstétricos:**

Menarquia: 14 años

Régimen catamenial: 4días/cada 28 días

Fecha de última regla: --/05/19 (no precisa)

Papanicolaou: nunca



Método anticonceptivo: nunca                      Inicio de relaciones sexuales: 17 años

Formula obstétrica: G1P0000                      Andría: 1

Pareja actual: Edad 20 años                      Grado Instrucción: 3° Secundaria.

Ocupación: mototaxista

**Antecedentes personales no patológicos**

**Inmunizaciones:**    Completas: Sí                      Hepatitis B    Tipo de sangre: O +

**Antecedente personales patológicos:** Niegas

Alergias:        No

Transfusiones: No

Cirugías previas: No

Antecedentes familiares: Niega

• **Examen clinico:**

Examen clínico, evolución y manejo en emergencia

26/Julio/2019                      Hora: 17:30 am

**Examen físico general:**

Peso: 58 kilos                      Talla: 1.58m                      Índice de masa corporal: 24.7    **Apetito:**

Disminuido                      Sed: Conservada                      Deposición: 2 veces al día    **Orina: 3**

veces al día                      Sueño: conservado

Presión arterial 80/50mmhg                      Pulso: 80 latidos/ minuto

Frecuencia respiratoria:20 respiraciones/minuto                      Temperatura: 36°C

Estado general y sensorio: Reflejos osteotendinosos +

Piel y tejido subcutáneo: Normal

Aparato cardiovascular: Normal

Aparato respiratorio: Normal

Aparato urinario: Normal

Abdomen: Ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación profunda y superficial en hemi abdomen inferior

### **Examen ginecológico**

Mamas: blandas y simétricas, no se palpan masas

Genitales externos: Sin alteraciones

Especuloscopia: escaso sangrado vaginal    Cérvix: posterior

Tacto Vaginal: difícil examen por dolor en el paciente, cérvix posterior largo, útero +/- 8cm

Útero: retroflexo no se palpa

Anexos y fondo del saco de Douglas: no se palpan masas

Extremidades: Normal

- **Diagnóstico:**

1. Síndrome doloroso abdominal etiología a determinar: descartar Embarazo Ectópico roto
2. Shock hipovolémico I/II
3. D/C anemia severa

- **Plan:**

1. Se solicita análisis pre quirúrgicos
2. Ecografía
3. Electrocardiograma

4. B-HC

- **Prescripción:**

1. Nada por vía oral
2. Cloruro de sodio 9<sup>oo</sup> por 1000cc – 500cc a chorro luego XLVgts
3. Control de signos vitales

17:40: Se entrega órdenes de laboratorio y riesgo quirúrgico a familiares de paciente.

17:50: Se indica pase a centro obstétrico, para realizar ecografía y completar estudio.

Familiares no traen órdenes de laboratorio. Se toma electrocardiograma

## INFORME OPERATORIO

**Servicio:** Centro obstétrico

**Fecha:** 26/07/19      **Hora:** 19:00hrs      **Tiempo Operatorio:** 1h 30'

**Diagnóstico pre-operatorio:** Abdomen agudo quirúrgico: Embarazo ectópico roto

**Diagnóstico operatorio:** Confirmado

**Operación realizada:** Salpingectomia izquierda + lavado de cavidad + colocación de dren pen rose

### **Hallazgos:**

1. Útero Anteverso de 7x6x5 cm de superficie regular
2. anexo derecho: trompas de +/- 11x0.5 cm sin alteraciones, ovario de 3x2 cm, blanco nacarado, sin alteraciones.
3. anexo izquierdo en región ampular presencia de tumoración de +/- 4 a 3 cm en su borde superior solución de continuidad sangrante, ovario de 3x2cm, blanco nacarado sin alteraciones.
4. cavidad abdominal: presencia de coágulos en gran cantidad más presencia de sangrado aproximadamente 200cc.

Se envía muestra para estudio anatomía patológica.

Alta de recuperación

Transferencia: Pabellón H2 hemo dinámicamente estable

➤ Post operatorio inmediato: 26/07/19 20:10hrs

1. Nada por vía oral
2. Dextrosa 5% 1000cc, NaCl 20% 2 ampollas, KCl 20% 1 ampolla
3. Cefazolina 1gr endovenoso cada 6 horas
4. Tramadol 50mg, Metoclopramida 10mg, NaCl 9<sup>o</sup>/∞ 100cc
5. Transfusión 01 paquete globular y 01 paquete crioprecipitado
6. Sonda Foley permeable y permanente por 24hrs
7. Control de funciones vitales
8. Se solicita exámenes pre quirúrgico, Hemoglobina y hematocrito control post trasfusión 6 horas después.
9. Se solicita anatomía patológica
10. Control de dren pen Rose
11. Reevaluación 2 horas



Alergias: No

Transfusiones: 01 paquete globular (26/07/19)

Cirugías previas: laparotomía exploratoria (26/07/19)

Antecedentes familiares: Niega

### **III. Examen clínico:**

#### **1. Examen físico general**

Peso: 58kg                      Talla: 1.58m                      Índice de masa corporal: 24.7

Apetito: disminuido                      Sed: Conservada

Deposición: 2x/d                      orina: 3v/d                      Sueño: conservado

Presión arterial: 100/60 mmHg                      Pulso: 78latidos/minuto

Frecuencia respiratoria: 17respiraciones/minuto                      Temperatura: 37 °C

Estado general y sensorio: reflejos osteotendinosos +

Piel y tejido subcutáneo: Normal

Aparato cardiovascular: Normal

Aparato respiratorio: Normal

Aparato urinario: Normal

Abdomen: Herida operatoria mediana infra umbilical de aproximadamente 8cm, dren pen rose 1q34en fosa iliaca izquierda con bolsa con secreción serohemática

Extremidades: Normal

#### **2. Examen ginecológico**

Mamas: blandas y simétricas, no se palpan masas

Genitales externos: Sin alteraciones

Tacto vaginal:

Cérvix: posterior

Útero: no se palpa

Anexos: fono de saco de douglas: no se palpan masas

#### **IV. Impresión diagnóstica**

1. Post operada de Salpingectomia + lavado de cavidad + dren pen rose
2. Embarazo ectópico

#### **V. Plan de trabajo**

1. Control postoperatorio
2. Continuar antibioticoterapia



**Post operatorio 01**

**27/07/19**

**Hora: 08:00**

Presión arterial 100/50mmhg

Pulso: 95 latidos/ minuto

FR:17 respiraciones/minuto

Temperatura: 37°C

(S) Paciente refiere que presenta náuseas y mareos, actualmente presenta dolor muy intenso en todo el abdomen, niega cefalea, niega sangrado vaginal. No se reporta interurrencias

(O) Al examen físico en aparente regular estado general

Piel: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2", palidez +/-+++

Tórax: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No sonidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos buena intensidad. No soplos

Abdomen: Ruidos hidro aéreos (+) blando, depresible. doloroso tipo cólico a la palpación profunda, predominio superior, dren pen rose con secreción serohemática

Genital externo: No evidencia del sangrado al momento del examen

Sistema nervioso central: Paciente lucida orientada en tiempo, espacio y persona, glasgow 15/15

(A)Paciente mujer de 18 años Diagnóstico:

1. PO 13h salpingosectomía + lavado de cavidad + colocación de dren pen rose
  - 1.1 Embarazo Ectópico roto

Paciente hemo dinámicamente estable, afebril, con funciones vitales estables. Control de Hb: 10.2mg/dL, hematocrito: 30.5%, urea 18.17, glucosa 118

(P) Continua Antibióticos, Curación de herida operatoria, control de funciones vitales

1. Dieta completa
  2. Dextrosa 5% x 1000  
Cloruro de sodio 20% 2ampolla  
Cloruro de potasio 10% 1ampolla
- } XXX gotas, continuar II frasco y suspender
3. Cefazolina 1gr endovenoso cada 6 horas (1)
  4. Ketorolaco 10mg vía oral cada 8 horas
  5. Ketorolaco 80mg endovenoso condicional a dolor intenso
  6. Efectivizar ordenes de sangre

**Post operatorio 02**

**28/07/19**

**Hora: 08:00**

Presión arterial 110/70mmhg

Pulso: 88 latidos/ minuto

FR:20 respiraciones/minuto

Temperatura: 37°C SatO2: 97%

(S) Paciente refiere dolor de moderada intensidad en herida operatoria, niega cefalea, náuseas o vómitos. Reportan pico febril 38.5°C

(O) Paciente en aparente regular estado general

Piel: Tibias, húmedas, elástico llenado capilar < 2", palidez ++/+++

Tórax: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No sonidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos buena intensidad. No soplos

Abdomen: Plano, simétrico, ruidos hidroaéreos (+). dolor a la palpación superficial, herida operatoria cubierta con apósito seco, dren pen rose con secreción serohemática

Genital externo: escaso sangrado vaginal

Sistema Nervioso central: Lucida, orientada en tiempo y espacio, glasgow 15/15

(A) Paciente mujer de 18 años de diagnóstico:

1. Post operada de 1 día de salpingectomía + lavado de cavidad + colocación de dren Pen rose

1.1 Embarazo ectópico roto

Paciente cursa hemo dinámicamente presentó un pico febril 38.5 °C, por dren pen rose de secreción serohemática

(P) Deambulaci3n asistida, movilizaci3n de dren pen rose. Se solicita examen de orina, hemograma

1. Dieta completa
2. Vía salinizada
3. Cefazolina 1gr endovenoso cada 6 horas (1)
4. Ketorolaco 10mg vía oral cada 8 horas
5. Tramadol 50mg subcutáneo condicional a dolor intenso
6. Retirar sonda Foley
7. Control de funciones vitales
8. Se solicita hemograma y examen de orina
9. Baño + deambulaci3n

10. Simeticona 80mg vía oral cada 8 horas

**Poat operatorio 03**

**29/07/19**

**Hora: 08:30**

Presión arterial 110/70mmhg

Pulso: 92 latidos/ minuto

FR:20 respiraciones/minuto

Temperatura: 36.8 °C

(S) Paciente refiere dolor leve en zona de herida operatoria, diuresis (+), deposiciones

(-). Se reporta pico febril de 38.1 °C ayer por la noche

(O) Paciente en aparente regular estado general, al examen:

Piel: Tibias, húmedas y elásticas, llenado capilar < 2", palidez ++/+++

Tórax: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos buena intensidad. No soplos

Abdomen: ruidos hidroaéreos (+). leve dolor a la palpación en hipogastrio, herida operatoria cubierta con apósito seco, al retirar no signos de flogosis. Dren pen rose con secreción serohemática de aproximadamente 10cc

Genitales externos: no presencia de sangrado vaginal

Sistema nervioso central: Lucida, orientada en tiempo y espacio, glasgow 15/15

(A)Paciente mujer de 18 años Dx:

1.Post operada de 2° dia salpingossectomia + lavado de cavidad + colocación de dren

Pen rose

1.1 Embarazo Ectópico roto

2. Anemia Leve (10.2mg/dL)

Paciente cursa febril 38.1 °C, hemodinámicamente estable, evolución estacionaria

(P) Control post operatorio, se moviliza Dren 5cm

1. Dieta completa
2. Vía salinizada
3. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas
4. Clindamicina 600mg endovenoso cada 8 horas
5. Amikacina 500mg endovenoso cada 12 horas
6. Ketorolaco 20mg vía oral cada 8 horas
7. Movilizar Dren
8. Control de funciones vitales
9. Simeticona 80mg vía oral cada 8 horas
10. Efectivizar ex. Orina, hemograma y urocultivo, PCR

**Post operatorio 04**

**30/07/19**

**Hora: 09:00**

Presión arterial 90/60mmhg

Pulso: 72 latidos/ minuto

FR:17 respiraciones/minuto

Temperatura: 37.3°C

(S) Paciente refiere dolor leve en herida operatoria, diuresis (+), refiere deposiciones líquidas una en la noche y otra hoy en la mañana. Se reporta pico febril de 38.5 °C.

(O) Paciente en aparente regular estado general, al examen:

Piel: Tibias, húmedas y elásticas, llenado capilar < 2”

Tórax: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos

Abdomen: plano, simétrico, ruidos hidroaéreos (+) blando, depresible. leve dolor a la palpación en II cuadrante, herida operatoria afrontada sin signos de flogosis

Genitales externos: no presencia de sangrado vaginal

Sistema nervioso central: localizado y orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

(A) Paciente mujer de 18 años Dx:

1. Post operada de 3er día salpingectomía + lavado de cavidad + colocación de dren Pen rose

1.1 Embarazo Ectópico roto

Paciente cursa hemo dinámicamente estable, presento foco febril 38.5°C, no presento interurrencias. Se reciben exámenes de laboratorio de orina: leucocitos 1xc, PCR 70,2, hemograma Hemoglobina 9.5, leucocitos 9310 Abastionados 0%

Por el dren pen rose se evidencia secreción serohemática. Se retira dren laminar

(P) Control post operatorio

1. Dieta sin fibras y no lácteos +líquidos a voluntad

2. Vía salinizada
3. Ceftriaxona 2g endovenosa cada 24 horas
4. Clindamicina 600mg endovenosa cada 8 horas
5. Amikacina 500mg endovenosa cada 12 horas
6. Ketorolaco 20mg via oral cada 8 horas
7. Simeticona 80mg via oral cada 8 horas
8. Retirar dren
9. Control de funciones vitales

**Poat operatorio 05**

**31/07/19**

**Hora: 09:00**

Presión arterial 120/70mmhg

Pulso: 100 latidos/ minuto

FR:17 respiraciones/minuto

Temperatura: 37.5°C

(S) Paciente refiere dolor leve en herida operatoria, niega cefalea, náuseas, vómitos, refiere que persiste con cuadro diarreico. Personal reporta pico febril de 38.5 el día de ayer

(O) Paciente en aparente regular estado general, al examen:

Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2''''

Tórax: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos

Abdomen: plano, simétrico, ruidos hidroaéreos (+) blando, depresible. no dolor a la palpación, herida operatoria afrontada sin signos de flogosis

Genital externo: no presencia signos de sangrado vaginal

Sist. Nervioso central: Lucida, orientada en tiempo y espacio, Glasgow 15/15

(A) Paciente mujer de 18 años Dx:

1. Posst operada de 4to día salpingosectomia + lavado de cavidad + colocación de dren Pen rose

1.1 Embarazo Ectópico roto

Paciente cursa hemo dinámicamente estable, presento foco febril 38.5°C, persiste con cuadro diarreico. No presenta otras interurrencias

(P) Control post operatorio, continuar antibióticos

1. Dieta sin fibras y no lácteos + líquidos a voluntad
2. Enterogermina 5ml vía oral cada 12 horas
3. Electoral tomar a voluntad
4. Vía salinizada
5. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas
6. Clindamicina 600mg endovenoso cada 8 horas
7. Amikacina 500mg endovenoso cada 12 horas
8. Ketorolaco 10mg vía oral cada 8 horas
9. Simeticona 80mg vía oral cada 8 horas
10. Deambulación + baño diario
11. Se solicita hemograma, ex. Orina PCR, examen de muestra fecal
12. Paracetamol 1gr, pro re nata control mayor o igual a T 38° C



**Poat operatorio 06**

**01/08/19**

**Hora: 09:00**

Presión arterial 120/70mmhg      Pulso: 100 latidos/ minuto

FR:17 respiraciones/minuto      Temperatura: 37.5°C

(S) Paciente no refiere molestias. No reporte de interurrencias

(O) Paciente en aparente regular estado general al examen:

Piel: Tibias, húmedas, elásticas, llenado capilar < 2”, no edemas

Tórax: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos

Abdomen: Ruidos hidroaereos (+) blando y depresible. no dolor a la palpación, herida operatoria de incisión mediana, no signos de flogosis, no secreciones

Genitales externos: conservados, no se evidencia loquios, no mal olor

Sist. Nervioso central: Lucida, orientada en tiempo y espacio, Glasgow 15/15

(A)Paciente mujer de 18 años Dx:

1.Post operada de 5to dia salpingosectomia + lavado de cavidad + colocación de dren

Pen rose

1.1Embarazo Ectópico roto

Paciente con evolución favorable, cursa afebril, hemo dinámicamente estable, ventilando espontáneamente, no refiere molestias, con funciones vitales conservadas. Resultados de orina 23xc

(P) Control post operatorio, continua antibiótico terapia, se solicita ecografía abdominal total, ecografía trans vaginal

1. Dieta sin fibras y no lácteos + líquidos a voluntad
2. Enterogermina 5ml via oral cada 12 horas
3. Electrolitos tomar a voluntad
4. Vía salinizada
5. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas
6. Clindamicina 600mg endovenoso cada 8 horas
7. Amikacina 500mg endovenoso cada 12 horas
8. Ketorolaco 10mg via oral cada 8 horas
9. Simeticona 80mg via oral cada 8 horas
10. Deambulación + baño diario
11. Se solicita urocultivo
12. Paracetamol 1gr, condicional a temperatura mayor o igual a 38.5 ° C

**Poat operatorio 07**

**02/08/19**

**Hora: 09:00**

Presión arterial 100/60mmhg

Pulso: 70 latidos/ minuto

FR:16 respiraciones/minuto

Temperatura: 37°C

(S) Paciente no refiere molestias. No reporte de interurrencias

(O) Paciente en aparente regular estado general, al examen:

Piel: Tibias, húmedas, elásticas, llenado capilar < 2", no edemas

Tórax: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) blando, depresible. no dolor a la palpación, herida operatoria de incisión mediana afrontada, no signos de flogosis, no secreciones.

Genitales externos: conservados.

Sist. Nervioso central: Lucida, orientada en tiempo y espacio, Glasgow 15/15

(A)Paciente mujer de 18 años diagnóstico:

1.Post operada de 6 días salpingosectomia + lavado de cavidad + colocación de dren  
Pen rose

1.1Embarazo ectópico roto

Paciente con evolución favorable, cursa afebril 48 horas, hemo dinámicamente estable, ventilando espontáneamente, no refiere molestias, llega resultados de urocultivo se detecta actividad antibiótica y RPR (-), Antig VHB (-), presencia de funciones vitales y biológicas estables.

(P) Control post operatorio, continua antibióticos, eco abdominal total, eco transvaginal

1. Dieta completa

2. Enterogermina            5ml            via            oral            cada            12            horas

3. Cefuroxima 500mg via oral cada 12 horas por 3 días
4. Clindamicina 300mg via oral 8 horas por 3 días
5. Amikacina 1gr cada 24 horas por 3 días
6. Ketorolaco 10mg via oral cada 8 horas por 3 días
7. Alta con indicaciones.

- **Exámenes de laboratorio**

**Tabla 1**

*Resultado de Sub unidad beta*

<b>SUB UNIDAD BETA</b>	<b>26/07/17</b>	<b>medida</b>
	<b>22:10</b>	
<b>resultado</b>	11394	XUL/ml

Nota: La tabla muestra los resultados de laboratorio de la paciente en el post operatorio.

**Tabla 2**

*Exámenes del hemograma durante hospitalización*

<b>Hemograma</b>	<b>26/07/19</b>	<b>26/7/19</b>	<b>29/07/19</b>	<b>31/07/19</b>	<b>medida</b>
	<b>20:33</b>	<b>22:10</b>	<b>17:39</b>		
Leucocitos	16.500	23.800	9.310	6.790	K/uL
Linfocitos	7	6	23	21	%
Segmentados	85	86	68	65	%
monocitos	5	2	7	9	%
Hemoglobina	8.2	10.2	9.5	9.8	g/dL
Hematocrito	24.3	30.5	27.9	28.2	%

<b>Plaquetas</b>	113.000	140.00	185.000	249.000	*10
Volumen Corpuscular medio	88.7	88.4	86.4	85.7	fL
Hemoglobina Corpuscular media	29.9	29.6	29.4	29.8	pg

Nota: La tabla muestra los resultados de laboratorio de la paciente en su estadía en hospitalización. Evolución de hemograma

**Tabla 3**

*Exámenes de laboratorio en hospitalización (2)*

<b>Bioquímica</b>	<b>26/7/19 20:33</b>	<b>26/7/19 22:10</b>	<b>Valor referencial</b>
Glucosa	82.05	118.31	70 – 110 mg/dl
DHL			230 – 460 U/L
Urea	18.05	10.17	10 – 50 mg/dl
Creatinina	0.40	0.30	0,6 – 1,1 mg/dl

Nota: La tabla muestra los resultados de laboratorio de la paciente en hospitalización

**Tabla 4**

*Resultados de perfil de coagulación durante hospitalización*

<b>Perfil de coagulación</b>	<b>26/07/19 20:33</b>	<b>26/7/19 22:10</b>
TIEMPO DE SANGRÍA		<3'
TIEMPO DE PROTROMBINA	21.3	19.20''
Control	13.4	13.40
I.S.I.	1.74	1.24

I.N.R	1.78	1.56	VN: 1- 1.5
Tiempo de tromboplastina parcial	31.4	29.4seg	VN: 50''
Control	33.5	33.5seg	
fibrinógeno	132.00	179.00	mg/dL VN: 200-400

Nota: La tabla muestra los resultados de laboratorio de la paciente en hospitalización

### Tabla 5

*Resultados de PCR durante hospitalización*

<b>Proteína C Reactiva</b>	<b>29/07/19</b>	<b>31/07/19</b>	<b>Valor referencial</b>
	<b>17:39</b>		
PCR	70.20	25.90	Mg/L VN: 0-10

Nota: La tabla muestra los resultados de laboratorio de la paciente en hospitalización

### Tabla 6

*Resultados de examen de orina durante hospitalización*

<b>Orina completa</b>	<b>29/07/19</b>	<b>31/7/19</b>
	<b>12:56</b>	<b>15:03</b>
Densidad	1.010	1.014
aspecto	Transparente	Turbio
proteínas	Negativo	Negativas
glucosa	Negativo	Negativo
urobilinógeno	Negativo	Negativo
bilirrubina	Negativo	Negativo

sangre	Negativo	Trazas
hongos	Negativo	Negativo
Ph	7.5	5.5
color	Amarillo	Amarillo
leucocitos	1	23xc
hematíes	2	5xc
Cel. Epiteliales	4	34xc

Nota: La tabla muestra los resultados laboratorio de la paciente en hospitalización

### **2.3.Discusión**

El embarazo ectópico roto es una entidad que genera grandes complicaciones incluso puede llevar a la muerte o dejar secuelas graves especialmente en el aspecto reproductivo, ya se ha observado que es infrecuente en la adolescencia, especialmente sin los factores de riesgo que se observan en las mujeres adultas.

A diferencia de otros casos nuestra paciente no reúne los factores de riesgo predisponentes mencionadas por bibliografías para una paciente con embarazo ectópico roto, desde negar antecedentes obstétricos (cirugía previa o intervención asociada como legrado, uso de MAC, etc), así como también negar tabaquismo (mencionado en el estudio de Beatriz Escobar)

Al pertenecer a la población adolescente el factor de riesgo asociado es el inicio precoz en la actividad sexual lo que coincide con la tesis planteada por Alfredo Mamani. A pesar de ello niega a la vez algún tipo de enfermedad inflamatoria pélvica y aborto previo, relacionados comúnmente con esta conducta sexual.

La clínica presentada direcciona la clínica de un embarazo ectópico roto, ya que al llegar la paciente a emergencia presentaba dolor de moderada intensidad, debilidad corporal y sangrado vaginal escaso a la exploración física. Podemos presumir que estudios como los de Aldo Benel y Pedro Arango, en el que definen causas naturales para la aparición de embarazo ectópico no son tan inusuales y darle un mayor énfasis en el diagnóstico precoz a través de exámenes auxiliares.



## **2.4.Conclusiones**

En el presente caso no se observa los factores de riesgo convencionales mencionados previamente en la bibliografía, siendo el diagnóstico confirmado en la intervención quirúrgica llevada a cabo gracias a los aspectos clínicos y exploratorios. Concluyéndose que podría asociarse como uno de nuestros antecedentes mencionados, ser de causa natural, además de estar asociado con el comienzo temprano de relaciones sexuales.

Los factores de riesgo sociodemográficos predisponentes fueron encontrados en la paciente quien pertenece a la población adolescente, no cuenta con estudios superiores, de estado civil soltera, así como el distrito del que proviene determinando el poco alcance a la información en salud, prevención e inestabilidad emocional por encontrarse en una etapa de cambios físicos y psicológicos.

## **2.5.Recomendaciones**

- Se recomienda realizar una adecuada anamnesis ya que al ser una paciente adolescente podría haber dificultades en la entrevista y no mencionar antecedentes obstétricos que contribuirían a un diagnóstico más rápido y eficaz, también considerar realizar estudio en una población netamente adolescente que según bibliografía debería ocurrir en menor grado la presencia de embarazo ectópico.
- Se recomienda trabajar en la salud tanto sexual como reproductiva en adolescente desde las instituciones educativas, de esta manera contribuir

con el alcance directo y personalizada de la información con el personal idóneo y capacitado, previniendo no solo los embarazos sino las complicaciones que pueden presentarse.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bouyer J CJ. Sitios de embarazo ectopico: un estudio poblacional de 10 años de 1800 casos. PubMed. 2002;; p. 17:3224.
2. Herberto Rodea CA. Embarazo ectópico roto sin mortalidad: acciones clave. medigraphic Artemisa , cirugía general. 2006; 3(28).
3. Arenas CF. El embarazo ectopico se incrementa en el mundo. Scielo. 2011; 37(1).
4. Caceres MMN. Tratamiento medico del embarazo ectopico en el hospital nacional Cayetano Heredia 2007-2008. Revista peruana de Ginecología y obstetricia. 2013; 59(49).
5. Huixian Hu Liang JSV. Embarazo ectópico: revision bibliografica con enfoque en el manejo medico. Revista clinica de la escuela de medicina UCR. 2018; 9(28-36).
6. Sifuentes JHM. REPOSITORIO URP. [Online].; 2018.. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1285/192-JMEJ%C3%8DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. Cruz AMD. Juventud rebelde. Diario de la juventud cubana. [Online].; 2017.. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2017-12-12/aumenta-la-incidencia-de-embarazo-ectopico-en-adolescentes>.

8. Fondo de poblacion de las naciones unidas - Perú. Embarazo adolescente en el Perú. UNFPA. 2019.
9. Padilla BE. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Revista Medica del instituto mexicano del seguro social. 2017; 55(4).
10. Barboza AVM. REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD DEL ANTIPLANO. [Online].; 2018. Acceso 18 de octubre de 2020.  
Disponible en:  
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani\\_Barboza\\_Alfredo\\_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani_Barboza_Alfredo_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
11. Lee KByJA. Evaluacion del dolor pelvico agudo en la adolescente. UpToDate. 2019.
12. Aldo Benel PA. Embarazo ectopico interticial : diagnostico y tratamiento. Revista Peruana de investigacion materno perinatal. 2019;; p. 46.
13. Toro HER. Antecedente de cesárea, aborto y de cirugia tubárica como factores de riesgo de embarazo ectópico. Hospital Belén de Trujillo. 2014 - 2018. REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNITRU. 2019.
14. Organización mundial de la salud. OMS. [Online]; 2020. Acceso 18 de Octubre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news->

room/fact-sheets/detail/adolescent-

pregnancy#:~:text=Unos%2016%20millones%20de%20muchachas,de  
%20ingresos%20bajos%20y%20medianos.&text=Los%20beb%C3%A9s%20de%20madres%20adolescentes,de%2020%20a%2024%20a%C3%B1os.

15. Van Den Eeden SK SJ. TASAS DE EMBARAZO ECTOPICO Y UTILIZACION DEL TRATAMIENTO EN UNA GRAN ORGANIZACION DE ATENCIO PRIMARIA. Pub Med. 2005;; p. 105.
16. Hoover KW TG. TENDENCIAS EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIETNO DEL EMEBARAZO ECTOPICO EN EEUU. Division de prevencion de ETS. 2010;; p. 495.
17. Stulberg DB CL. Morbilidad y mortalidad por embarazos ectópicos en mujeres de bajos ingresos, 2004-2008. Pub Med. 2016;; p. 31 (3): 666.
18. Nkusu N EE. Advanced ABDOMINAL PREGNACY : CASE REPORT AN REVIEW OF 163 CASES REPORTED SINCE 1946. RURAL REMOTE HEALTH. 2008;; p. 1087.
19. Tulandi T. UpToday. [Online]; 2020. Disponible en:  
[https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarazo%20ectopico&source=search\\_result&selec](https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarazo%20ectopico&source=search_result&selec)

tedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1.

20. Murray H BH. Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico. *Pub Med*. 2005;; p. 905.
21. Zou S Lx. Comparación de los valores diagnósticos de las hormonas esteroideas circulantes. *PubMed*. 2013;; p. 11:44.
22. Zhang D SWYJ. Factores de riesgo para el embarazo ectópico recurrente: un estudio de casos y controles. *pubmed*. 2016;; p. 123:3:82.
23. Shaw JL WG. La infección por *Chlamydia trachomatis* aumenta el PROKR2 de las trompas de Falopio a través de la activación de TLR2 y NFκB, lo que genera un microambiente predispuesto al embarazo ectópico. *Centro de biología reproductiva*. 2011;; p. 178.
24. Malacova E KA. El riesgo a largo plazo de embarazo ectópico varía según el método de esterilización tubárica: un estudio de población completa. *centro de investigación de servicios de salud*. 2014;; p. 101 (3).
25. I S. Riesgos de embarazo ectópico dependientes de la dosis y la edad con la anticoncepción intrauterina. *CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA DE NEW YORK*. 2001;; p. 291.
26. J BC. Factores de riesgo para el embarazo ectópico: un análisis

completo basado en un gran estudio de casos y controles basado en la población en Francia. instituto frances de investigacion medica y sanitaria. 2003;; p. 185.

27. CW CQ. Factores de riesgo asociados y características clínicas del embarazo ectópico en el departamento de Gineco -Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2017 al 2011. Tesis. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 14 febrero 2017.
28. Christian Rivera CP. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. REV CHIL OBSTETICA-GINECOLOGICA. 2020 ; 86(697 - 708).