



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

EMBARAZO ECTÓPICO EN GESTANTE ATENDIDA EN

ESTABLECIMIENTO DE SALUD NIVEL III, 2020

PRESENTADO POR

KATHY LAURA CUADRADO

ASESOR

MAG. ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILOT

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,

ALTO RIESGO Y CUIDADO CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA – PERÚ

2023

ÍNDICE

Página de Jurado.....	i
ÍNDICE.....	ii
RESUMEN.....	iii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2. Justificación	3
1.3. Marco Teórico	3
1.3.1 Antecedentes	4
1.3.2 Bases teóricas	5
CAPÍTULO II.....	13
CASO CLÍNICO.....	13
2.1.- Objetivo:	13
2.1.1. Objetivo General	13
2.1.2. Objetivos Específicos	13
2.2.- Datos clínicos relevantes	14
2.3. Discusión	26
2.4. Conclusiones	27
2.5 Recomendaciones	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29

Tablas

Tabla N° 1 Oximetría.....	19
Tabla N° 2 Hemograma de Emergencia.....	21
Tabla N° 3 Bioquímica.....	21
Tabla N° 4 Hemograma de Hospitalización	22

RESUMEN

El embarazo ectópico representa un diagnóstico que nos indica alto riesgo y alta probabilidad de muerte materna, se produce por la implantación del blastocito fuera de la matriz uterina, si bien hay varias zonas donde se puede implantar, son las trompas de Falopio la zona en la que se implanta con más frecuencia, la zona abdominal tiene menor frecuencia de presentación y por último la cervical la que se presenta rara vez en la vida de una mujer.

Entre los factores que predisponen al embarazo ectópico están los abortos provocados, enfermedad inflamatoria pélvica, infecciones de transmisión sexual, etc. Entre las complicaciones que se presentan debido a esta patología están un alto índice es la anemia, shock hipovolémico, infección de herida.

El caso muestra una paciente de 28 años, que refiere dolor súbito incrementando en región hipogástrica predominio fosa iliaca derecha, a la cual se atiende de manera inmediata, durante la intervención no hubo complicaciones, pero la paciente tuvo que recibir varias transfusiones pues luego de la misma quedo con anemia severa.

El embarazo ectópico es una patología que debe manejarse con inmediatez pues representa un alto riesgo, por lo que consideramos que presentar este caso nos ayuda seguir constantemente revisando las nuevas actualizaciones en su manejo.

Palabras claves: embarazo ectópico, hemorragia, gestante.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

Para producirse un embarazo, el óvulo llega al útero luego de ser fertilizado en las trompas de Falopio, sin embargo, hay casos en los que esto no ocurre, y el óvulo se queda a medio camino o se implanta en una cavidad fuera del útero, a ello es lo que se conoce como embarazo ectópico, el más común es el que ocurre en las trompas de Falopio, aunque también se da en el ovario, el ligamento ancho, el cérvix o en el abdomen (1). El embarazo ectópico representa hasta el 2% de todos los embarazos, siendo el embarazo tubárico como el mayor de los casos con un 97% de incidencia, el abdominal 1%, cervical 1% y ovárico 0.1 – 1%. La incidencia es de 1/50 embarazos, según los reportes mundiales varía de entre 1 al 2,6% de muertes maternas, por esta razón conocer los síntomas y factores de riesgo es fundamental para disminuir los niveles de mortalidad (2). Según la revisión de la literatura el riesgo de muerte materna es 7,7 veces más que en el ectópico tubárico y 90 veces más que en el embarazo intrauterino. Hay más riesgo de shock hemorrágico por desprendimiento placentario y muerte fetal, en 50% de los casos. La mortalidad materna es 5 a 20%, y la viabilidad fetal, 10 a 25%, con anomalías fetales entre 35

y 75%. El diagnóstico de esta patología depende en este momento de una ecografía y la gonadotropina coriónica humana beta sérica (β -hCG) seriada (3).

Esta patología es más frecuente de lo esperado en el 1er trimestre, y genera una alta tasa de muertes maternas, por ello es necesario analizar la prevalencia del embarazo actualizar protocolos para identificar de manera oportuna a pacientes en riesgo y potenciales complicaciones y así contribuir de manera significativa a reducir la morbimortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo. Esta revisión va a permitir conocer diversas investigaciones en torno al tema y así tener información relevante, que facilite el trabajo y nos mantenga actualizados. Teniendo en cuenta lo expresado y debido a la alta importancia que tiene el tema, se ha visto por conveniente brindar información para contribuir a disminuir las complicaciones de esta patología y darle bienestar al paciente, cumpliendo así con el propósito de nuestra profesión.

1.2. Justificación

Esta patología en los últimos años se ha ido incrementando, por lo que actividades preventivo-promocionales pueden ser de vital importancia para educar a la gestante de los riesgos y signos de alarma que se presentan en el primer trimestre del embarazo y por ende conozca los riesgos a los que está expuesta si no tiene un tratamiento específico con el paso del tiempo podría conllevar a la muerte. Por ese motivo es que se presenta el caso clínico para brindar información bibliográfica y de lo sucedido con la paciente. La incidencia se ve afectada de acuerdo a ciertas características, como la región geográfica, el nivel socioeconómico, la edad sobre todo entre los 25 y 35 años, el hábito de fumar, alguna enfermedad de transmisión

sexual. Con la tecnología en la medicina, los tratamientos invasivos y de extirpación van quedando cada vez más obsoletos, y actualmente se dan tratamientos con medicamentos u operaciones laparoscópicas que o son tan invasivas y dan más probabilidades de éxito para un futuro embarazo.

Por lo mencionado consideramos de vital importancia conocer acerca de esta patología, y mostrar como un equipo profesional con las condiciones de equipamiento y con el personal capacitado puede atender rápidamente esta patología y contribuir a devolverle la salud a la paciente y darle la posibilidad de tener un futuro embarazo con alta posibilidad de éxito.

1.3. Marco teórico

1.3.1 Antecedentes

a. Antecedentes Internacionales

Wang X. (2021). Estudio que evalúa los factores que inciden en presentar embarazo ectópico de forma primaria o recurrente, se analizó 81 casos mediante un análisis logístico y se halló que hay una proporción de infertilidad previa, adherencia pélvica. Luego de lo hallado, se recomienda educación activa a nivel educativo sobre anticoncepción y abortos (4).

Ruiz Pérez E, et al (2019). Se evalúa la incidencia de embarazo en cérvix el cual tiene un 0.1%, el cual tiene un riesgo muy alto, este presenta sangrado muy abundante y alta mortalidad, se relata acerca de la medicación, diagnóstico y tratamiento (5).

Rodríguez P, et al (2019). Estudio que evalúa factores del embarazo ectópico como son: el retraso menstrual, dolor abdominal, signos de irritación peritoneal, tabaquismo, alcoholismo, uso de T de cobre, número de parejas sexuales, edad, abortos, y lo que genera ello, anemia, choque hipovolémico, etc. (6).

Abdulkareem T. (2017). Describe la zona de implantación inadecuada que el óvulo tiene, cuál es su etiología, diagnóstico, prevención y guías de atención, menciona las formas de tratamiento y la efectividad del uso de terapias médicas en comparación a las quirúrgicas (7).

Medina G. (2017). Se investiga la importancia del diagnóstico oportuno del embarazo ectópico y se menciona los factores de riesgo, se menciona el lugar de mayor incidencia de esta patología y las técnicas de diagnóstico (8).

b. Antecedentes Nacionales

Elias J, et al (2021). Caso presentado de dos casos de embarazo ectopico entre las 16 y 26 semanas, ambos con descompensacion hemodinamica , en dichos casos hay resolucion mediante laparotomia, en el caso del menor se realizo hysterectomia por el compromiso causado, y en el mayor el neonato murio 4 meses despues por sepsis, el dianostico se hizo por ecografia (9).

Atamari-Anahui N, et al. (2020) estudio realizado mediante ecografia en paciente de 35 años, a la que swe realizo hysterectomia, no se presentan complicaciones, lo que se busca es preservar y evitar complicaciones hemorragicas (10).

Asencio A, et al (2020) Presenta el caso de un embarazo ectópico que se da en una mujer hysterectomizada 6 años después de haber sido sometida a este proceso, el embarazo se desarrolla en el fondo del saco de Douglas. La evaluación histológica reveló vellosidades coriónicas y un embrión dentro de la trompa uterina (11).

Loayza J, et al. (2018). Caso clínico que se desarrolló en un Hospital de Lima Este, que evalúa mediante una laparoscopia a las 7,5 semanas los órganos que han sido afectados por el embarazo ectópico, paciente tiene antecedentes de cesárea previa, Se describe el caso por su rareza y consecuencias potencialmente catastróficas (12).

Chávez A (2018). Desarrolla un estudio caso control de 122 casos de embarazo ectopico, en la que se evalúan factores de riesgo, se observa que la multiparidad si es un factor de riesgo, pero no así los abortos ni tampoco las enfermedades inflamatorias pélvicas (13).

1.3.2 Bases teóricas

Introducción

El embarazo ectópico se da por la implantación fuera de la matriz uterina, el 95% ocurre en la zona ampular, un porcentaje mucho menor en el istmo del útero, el resto se encuentra en el ovario, el cuello uterino o el abdomen. Es la principal causa de muerte en el primer trimestre, y se diagnostica más temprano con la combinación de varios métodos, el suero humano cuantitativo gonadotropina coriónica (hCG), la ecografía transvaginal y la laparoscopia (14).

I.2 Fisiopatología

El transporte del óvulo se hace a través de la trompa de Falopio y llega a la cavidad del útero, este transporte se hace mediante el epitelio ciliado hasta llegar al lugar adecuado de implantación. Si hay algún mecanismo o alteración de este proceso se incrementa el riesgo de un embarazo ectópico (cicatrices, adherencias, etc.) (15).

I.3 Factores de riesgo

Existe controversia de los factores de riesgo, pero se menciona la edad como un factor importante, hay algunos factores que aumentan el riesgo, entre estas tenemos (16):

- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Embarazo ectópico anterior
- Cirugía de trompas
- Esterilización y DIU
- Historia de infertilidad
- FIV y transferencia de embriones
- Endometriosis
- Fumar
- Anomalías congénitas de las trompas uterinas
- Dietilestilbestrol (DES)
- Varias parejas sexuales
- Edad temprana en la primera relación sexual
- Ducha vaginal

A. Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)

Diversos estudios indican que la EIP es el factor más común de embarazo ectópico, siendo las siguientes bacterias *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia Trachomatis*, y aerobios y anaerobios mixtos los más hallados en esta patología. Esta infección puede ser silenciosa, siendo más prevalente entre los 15 a 25 años. La clamidia tiene 18 serotipos que causan esta enfermedad siendo la cervicitis mucopurulenta en mujeres el síntoma más común. La infección es ascendente y provoca la

colonización del endometrio y las trompas de Falopio células epiteliales. Esto genera la oclusión de trompas, infertilidad y embarazo ectópico. En la evaluación se demuestra q hay mayor cantidad de ADN de clamidia por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en las zonas afectadas. Después de la salpingitis aguda, el riesgo de un embarazo ectópico aumenta en siete veces (17).

B. Embarazo ectópico previo

Tener antecedentes de embarazo ectópico (EE) tiene un riesgo significativo en una nueva ocurrencia, la tasa de recurrencia es del 15 al 20%. Los embarazos ectópicos aumentan el riesgo de recurrencia al 32%, en un segundo embarazo (18).

C. Anticoncepción y DIU

El uso de anticoncepción y de dispositivos intrauterinos (DIU) son factores de riesgo en mujeres en edad fértil, si bien protege de no embarazarse, una vez producido el embarazo, el riesgo de un EE es alto, el riesgo de EE después de la esterilización es de 7,3 por 1000 embarazos en 10 años. Los últimos avances en anticoncepción previenen el embarazo intrauterino y posiblemente el embarazo ectópico. La progesterona regula a la baja los receptores de LH, que es un factor regulador de la contractilidad tubarico y con ello la probabilidad de EE aumenta (8).

D. Historia de infertilidad y tratamiento de FIV

El tratamiento de infertilidad si bien ayuda a tener un recién nacido, estos métodos incrementan las tasas de EE luego de una fertilización in vitro (FIV) a un 4%. La incidencia de embarazo heterotrófico (un embarazo ectópico junto con un embarazo intrauterino) también aumenta después de las técnicas de FIV. Una posible

influencia de la técnica de transferencia de embriones se ha discutido también como probable causa de EE (2).

E. Endometriosis

Esta enfermedad está asociada a EE, pues produce adherencias pélvicas y tubáricas y función tubárica anormal (1).

F. Fumar cigarrillos

El tabaquismo tiene un efecto no muy claro, pero se presume que tiene un efecto sobre la acción ciliar. Este efecto puede ocurrir en la trompa de Falopio que deteriora la coordinación y desarrollo de un embarazo ectópico (3).

G. DES y otros efectos anatómicos

Exponerse al dietilestilbestrol (DES) se asocia con anomalías uterotubáricas que producen anomalías que provocan disfunción tubárica. Cualquier anomalía de las trompas uterinas (hipoplasia, tortuosidad, divertículos congénitos, estenosis parcial), con o sin exposición al DES, aumenta el riesgo de EE (19).

H. Otros factores de riesgo

Entre las más frecuentes tenemos la edad de la primera relación sexual, múltiples parejas sexuales, duchas vaginales, si bien tienen un mecanismo indirecto pueden predisponerte a una infección de transmisión sexual y lo que desencadena el mismo (13).

I.1 Cuadro clínico

Entre el 40 y 50% de los EE se dan en la evaluación médica y ello es importante pues la inmediatez del diagnóstico ayudara para evitar una muerte materna por lo complicado de la enfermedad (20).

A. Síntomas

Los síntomas dependen de la ubicación del embarazo ectópico, hay un porcentaje menor que no refiere dolor, ni sensibilidad anexial. Entre los síntomas tenemos (21):

- Historia de amenorrea (6-8 semanas)
- Dolor abdominal
- Sangrado vaginal
- Molestia en la punta del hombro
- Dolor al defecar / miccionar
- Síncope y / o shock hipovolémico en casos agudos

En toda mujer sexualmente activa, con amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal debe sospecharse de un EE hasta que se demuestre lo contrario.

B. Signos

Al examen, el útero esta normal o ligeramente agrandado, la masa anexial palpable y signos de hemorragia intraperitoneal, que incluyen dolor abdominal a la palpación, peritonismo, distensión abdominal, o dolor al mover el cuello uterino (excitación cervical), puede ser visto (21).

I.2 Diagnóstico

En los últimos años hay innovación en el diagnóstico, que se da más temprano:

A. Marcadores bioquímicos

A.1 Gonadotropina coriónica humana (hCG)

La hCG es secretada por la placenta, su función al inicio del embarazo es para "rescatar" el cuerpo lúteo y la secreción de progesterona. Producida la concepción, la hCG se puede detectar en el suero materno. dentro de los 7 días. La prueba de

embarazo se puede realizar midiendo el nivel de beta-hCG en orina. La medición de la concentración sérica de beta-hCG es cuantitativa y proporciona mejor evidencia en el diagnóstico de embarazo ectópico. Además, la combinación de las concentraciones séricas de beta-hCG con técnicas de imagen definen el proceso de diagnóstico del EE (18).

A.2 Plasma asociado al embarazo proteína A (PAPP-A)

La Proteína plasmática asociada al embarazo es una glicoproteína producida por el trofoblasto, aumenta a lo largo el embarazo tiene un valor de sensibilidad de 54,2% y valor de especificidad del 99% (1).

A.3 Progesterona

Es una hormona que se puede medir para el diagnóstico de EE.

A.4 Otros marcadores

Entre otros marcadores tenemos la inhibina-A, una glicoproteína heterodimérica secretada por la placenta al comienzo del embarazo, sin embargo, en la actualidad, el marcador más confiable para el diagnóstico de EP es la medición de β -hCG (14).

B. Técnicas de imagen

B.1 Ultrasonido

La ecografía transvaginal se utiliza para identificar el saco gestacional cuando el nivel sérico de hCG excede de 1000 a 1500 UI / L. El hallazgo de una cavidad uterina vacía se puede asociar con un embarazo ectópico, embarazo temprano y aborto espontáneo completo o incompleto, pero esto tiene que ser debería estar correlacionado con el nivel de beta-hCG. En caso no se halle ninguna imagen se debe repetir el examen en 48 horas (1).

C. Laparoscopia

Es un método fiable para diagnosticar el embarazo ectópico, pero debe de complementarse con otros análisis (9).

I.3 Tratamiento

El embarazo ectópico puede tratarse mediante laparotomía o laparoscopia, o a través de enfoques más conservadores mediante la administración de medicamentos. El hecho de tener o no un hijo en un embarazo previo puede dar la pauta del tratamiento (22).

A. Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico conservador incluye la escisión del segmento afectado, usando cauterio o láser. Tanto radical como conservador los tratamientos se pueden realizar mediante laparoscopia o laparotomía (23).

A.1 Laparoscopia frente a laparotomía

El tratamiento laparoscópico es el método preferido en pacientes hemodinámicamente estables debido a una mejor recuperación posoperatoria en tiempo y por reducir la morbilidad reducida (23).

B. Tratamiento médico

El tratamiento médico el manejo de enfermedades trofoblásticas con metotrexato, glucosa hiperosmolar, prostaglandinas y mifepristona (RU486). El más estudiado de estos agentes es el metotrexato, un ácido fólico antagonista que inhibe la síntesis de purinas y pirimidinas. Previene síntesis de aminoácidos, ARN y ADN y destruye el trofoblástico que se divide rápidamente tejido (22).

C. Manejo expectante

Cuando la hCG sérica está por debajo de la zona discriminatoria y no hay evidencia por ecografía transvaginal, el embarazo se puede describir como de ubicación desconocida. Varios estudios han informado que 44-69% de los embarazos de ubicación desconocida se resuelven espontáneamente (24).

D. Inmunoglobulina anti-D

Se recomienda que se administre inmunoglobulina anti-D a una dosis de 250 UI a todas las mujeres sensibilizadas que son Rhesus negativo y que tienen un embarazo ectópico (22).

Embarazo ectópico recurrente

Un estudio ha demostrado que las tasas de recurrencia embarazo ectópico fueron 7% y 14% siguiente a laparotomía y laparoscopia, respectivamente. En otro estudio, las tasas fueron 18,3% y 7,7% en el grupos conservadores y radicales, respectivamente (25).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- Objetivo:

2.1.1. Objetivo General

- Analizar el manejo y complicaciones del embarazo ectópico en un hospital de III nivel.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Contrastar el manejo del embarazo ectópico en relación a los manuales de atención de un hospital de III nivel
- Describir las complicaciones del embarazo ectópico

2.2.- Datos relevantes del caso clínico.

A) Anamnesis

FECHA: 20 de abril de 2021 Hora: 08:45 horas

a.- Datos de Filiación :

- Edad : 28 años.
- Estado civil : Casada.
- Grado de Instrucción : Superior técnico.

20 abril 2021

08:53 hrs

Paciente 28 años mujer G3P1021, FUR: 12-02-21

Refiere hoy a las 03:00 hrs presenta dolor súbito incrementando en región hipogástrica predominio fosa iliaca derecha ante la persistencia del dolor acude a evaluación.

Signos Vitales:

PA 90/60 mmHg P 61x' T 36.1° C

Examen Físico:

Abdomen: b/d RHA (+) dolor a la palpación superficial y profunda de hipogastrio y ambas fosas, Rebote (+) TV cérvix posterior 2cm orificios cerrados.

Útero 7 cm superficie regular muy doloroso a la palpación y también a la evaluación de anexos.

Conclusión: Masa anexial compleja derecha

D/C embarazo ectópico tubárico derecho complicado.

Diagnóstico

1.- Abdomen agudo

2.- D/C Embarazo ectópico tubárico derecho complicado.

Solicitud de examen auxiliar

Se solicita ecografía abdomen completo

Indicaciones:

D/C Apendicitis aguda vs Quiste ovárico derecho complicado

Resultado:

Embarazo ectópico.

Ecografía TV: Útero anteversoflexo 68.9 x 42.9 x 44.3 mm Endometrio 14.4 mm,
Anexo derecho: masa heterogénea de 58.8 x 53.9 mm Anexo izquierdo ovario
libre 23.9 mm FS abundante liquido libre cubre todo el fondo de saco, cara
anterior y posterior del útero.

09:56 hrs

Acto Médico

Tiempo de enfermedad: 10 horas acude por dolor abdominal difuso asociado a
náuseas y escalofríos

Abdomen: b/d, dolor difuso, pero de mayor intensidad a nivel de fosa iliaca derecha
e hipogastrio

Diagnóstico

- Embarazo ectópico

Indicaciones

- Hemograma
- Ecografía abdominal

10:04 hrs

Edad 28 años, PA 90/60 mm Hg P 61x' T 36.1 °C FR 19x'.

Antecedentes personales: niega

Antecedentes familiares: niega

Antecedentes obstétricos:

G1 aborto

G2 parto eutócico 2013

G3 actual

Alergias: niega

FUR: 12 Feb 2021

FPP: 19 Nov 2021

A la evaluación: AREG, LOTEP, AREN

Piel y mucosas: tibias, hidratadas

Mamas: blando depresible no doloroso a la palpación

Abdomen: blando depresible doloroso a la palpación superficial.

Tacto vaginal: cérvix posterior orificios cerrados

Genitales externos: no se visualiza sangrado vaginal

Miembros inferiores: sin edemas, sin varices

Impresión diagnóstica

- Abdomen agudo
- Embarazo ectópico tubárico derecho complicado
- COVID negativo

Recomendaciones

10:45 hrs

Se prepara para SOP

Apoyo ventilatorio

11:50 hrs

Se administra cefalexina 2 gr.

Se coloca Haemaccel por vía endovenosa

12:00 hrs

Servicio: Anestesiología, analgesia y reanimación

Operaciones

Operación programada

Laparotomía + lavado de cavidad c/s drenaje

Diagnóstico prequirúrgico

Embarazo tubárico

Operación realizada

Laparotomía + lavado de cavidad c/s drenaje

Diagnostico post quirúrgico

Embarazo tubárico

Estado físico preoperatorio: normal

Hallazgos

- Hemoperitoneo 1500cc
- Se evidencia tejido trofoblástico en región ístmica derecha con sangrado activo
- Salpingostomía derecha

Incidencias en sala:

- Ninguna

Descripción del procedimiento

- AA + CCE
- Incisión tipo transversa suprapúbica
- Apertura de pared por planos
- Salpingostomía derecha
- Aspiración de coágulos y hemoperitoneo
- Revisión de hemostasia
- Conteo de gases, personal de enfermería reporta gases completas

- Cierre de pared por planos
- Paciente tolera acto
- Pasa a unidad de recuperación

Pieza quirúrgica:

- Ninguna

Envío de muestras a patología: no

Horas efectivas en operación

- Inicio de operación 12:00
- Término de operación 13:00

Destino egreso de sala: sala de recuperación

13:00 hrs

Post operada

- NPO por 8 hrs (DB + LAV)
- CINA 9%/1000 cc
- Metamizol 2gr EV c/8 hras.
- Tramadol 100 mg c/12 hras.
- Cefazolina 1 gr EV c/8 hras.
- Control de PA, FC. T en hoja aparte
- Administrar ácido tranexámico 1 gr. EV volutrol
- Hemograma de control
- CFV
- Pasa ARO

14:02 hrs

Tabla N° 1 Oximetría

Tipo muestra: Arterial
T°: 370°C
FO ₂ : 50.0%
Valores de Gases en Sangre
PH = 7.148 (7.350 - 7.450)
pCO ₂ = 37.3 mmHg (35.0 – 48.0)
pO ₂ = 39.7 mmHg (83.0 – 108)
Valores de Oximetría
ctHb 6.6 - g/dl (12.0 – 17.5)
Hctc = 20.5 %
sO ₂ 51.8 % (95.0 – 99.0)
pCO ₂ = 37.3 mmHg (35.0 – 48.0)
FMetHb = 0.7 % (0,2 -0,6)
FHHb = 47,5 %
FO ₂ Hb = 51.1 %
Valores de Electrólitos
cNa = 139 mmol/L (136 – 146)
cK = 3.2 mmol/L (3,5 - 5,0)
cCl = 119 mmol/L (98 – 106)
cCat = 1.02 mmol/L (1.15 – 1.29)
Valores de Metabolitos
cGlu = 167 mg/dl (70 – 105)
cLac = 4.2 mmol/L (0.5 – 1.6)
Valores Corregidos por Temperatura

pH(T) = 7.148
PCO ₂ (T) = 37.3 mmHg
PO ₂ (T) = 39.7 mmHg
Estado de Oxigenación
ctO ₂ c = 2.1 mmol/L (3.7 – 4.4)
p50c = 38.69 mmHg
Estado Acido-Base
cBase(Ecf)c - 14.7 mmol/L
cHCO ₂ (P.st)c 12.3 mmol/l
Valores Calculados
Anion Gapc 7.1 mmol/l
FShunte 49.6 %
pO ₂ (a/A)e 20.4 %
mOsmc 286.4 mmol/kg
pO ₂ (a)/FO ₂ (l)c = 79.4 mmHg

Fuente: Historia Clínica

Tabla N° 2 Hemograma en Emergencia

RESULTADOS	VALOR	PARAMETRO
LEUCOCITOS mil/mm ³	9.74	F: 4.16 - 10.57 MIL/MM ³
ERI MILL/MM ³	3.18	F: 3.88 -5.60 MILL/MM ³
HB G/DL	9.9	F. 12 - 14 G/DL
HTC %	27.1	F. 37 – 42%
VCM UM ³	85	F: 80 - 100 UM ³
PG	31	F. 27-32 PG

CCMH G/DL	36	F. 32-36 G/DL
PLAQUETAS mil/mms	146	F. 150 - 450 MIL/MM3
MIELOCITOS	%	F: 0%
METAMIELOCITOS	%	F: 0%
ABASTONADOS	%	F: 0 – 5 %
SEGMENTADOS	% 85.7	F. 55 - 75%
EOSINOFILOS	% 0.0	F. 0-4%
BASOFILOS	% 0.1	F: 0 - 2%
LINFOCITOS	% 9.4	F. 25 - 35%
MONOCITOS	% 4.3	F. 0-8%

Fuente: Historia Clínica

Tabla N° 3 Bioquímica

MUESTRA: SUERO Resultados		
MUESTRA: CREATININA 0.83mg/dl (0.41-1.10)		
GLUCOSA	179 mg/dl	(70.00-100.00)
UREA	26.3 mg/dl	(10.00-50.00)

Fuente: Historia Clínica

Tabla N° 4 Hemograma en Hospitalización

LEUCOCITOS 10 ³ /mm ³	10.72	(3.98-10.04)
ERITROCITOS 10 ⁶ /mm ³	4.09	(3.93-5.22)
HEMOGLOBINA g/dl	12.7	(11.2-15.7)
HEMATOCRITO %	35	(34.1 - 44.9 5)
VCM FL	85.6	(79.4-94.8)

HCM PG	31.1	(25.6-32.2)
CHCM G/DL	36.3 dl	
REC. PLAQUETAS 10 ³ /mm ³	253	(182-369)
ABASTONADOS %	0	
SEGMENTADOS %	82.3	(34 – 71.1)
EOSINOFILOS %	0.1	(0.7 – 5.8)
BASOFILOS %	0.4	(0.1 – 1.2)
LINFOCITOS %	13.6	(19.3 – 51.7)
MONOCITOS %	3.2	(4.7 – 12.5)
TIEMPO DE COAGULACION:	7 MIN	
TIEMPO DE SANGRIA:	2 MIN	

Fuente: Historia Clínica

15:00 hrs

Transfundir dos paquetes globulares

Dexametasona STAT

Clorfenamina STAT

Nota de ingreso a sala de recuperación

15:05 hrs Ingresa paciente operada laparotomía por embarazo ectópico complicado con Glasgow 15/15, LOtep, REN, REN, REG, con PA 119/57 mmHg p: 100 x², T:36.3, S02: 91% con una vía permeable, con brazalete de identificación, con herida operatoria con apósito seco y limpio, con sonda Foley.

15:30 hrs Se toma muestra de sangre para prueba cruzada.

16:00 hrs Se administra ácido tranexámico 1 gr. EV volutrol.

Se cambia III frasco ClNa 0.9/ 1000 cc

16:30 hrs Se inicia transfusión sanguínea grupo A (+) de paquete globular. Se realiza monitoreo de funciones vitales en hoja aparte. PA 98/53 mmHg P 69x' T 36.4 °C FR 22x'.

16:35 hrs

Servicio de hemoterapia y banco de sangre

- Grupo Sanguíneo: A
- Factor Rh: (+)
- Prueba cruzada
- HIV(Ag-Ac), HBsAg, HVC, CHAGAS, SIFILIS, HTLV.HBO: **NO REACTIVOS**

17:30 hrs

Se inicia transfusión de segundo paquete globular A (+)

PA 84/54 mmHg P 90x' T 36.6 °C FR 21x'.

18:30 hrs

PA 86/53 mmHg P 77x' T 36.7 °C FR 18x'. cambia permeable herida operatoria con apósitos secos y limpios no sangrado vaginal.

20:00 hrs

Paciente de 28 años con los diagnósticos planteados, refiere leve dolor en herida operatoria, niega otras molestias.

Al examen T: 36,5°c

- Piel: hidratadas, elásticas
- Mamas: blando depresible no doloroso a la palpación
- Abdomen: blando depresible doloroso a la palpación superficial.
- Tacto vaginal: cérvix posterior orificios cerrados
- Genitales externos: no se visualiza sangrado vaginal
- Miembros inferiores: sin edemas, sin varices

- SNC: LOTEP, Glasgow (15/15)

Diagnóstico:

- Anemia severa
- Poli transfundida

Plan:

- CFV +CSV
- Analgésicos

Control de funciones vitales en hoja aparte.

20:30 hrs Paciente posoperatorio se encuentra en unidad con evolución estacionaria con apósito Sonda Foley permeable.

21 abr 2021

00:30 hrs PA 94/60 mmHg P 80x' T 36.4 °C FR 22x'. se toma hemograma de control.

03:30 hrs PA 80/50 mmHg P 90x' T 36.4 °C FR 22x'. Hemoglobina 9.9 mg/dl.

06:30 hrs PA 90/560 mmHg P 98x' T 36.4 °C las 7 pasa la noche sin complicaciones con apósitos de herida operatoria secos, sonda Foley permeable.

08:00 hrs Paciente es evaluada por medico quien brinda indicaciones y firma el alta de paciente.

2.3 Discusión

- El embarazo ectópico es una de las patologías del primer trimestre que más muertes maternas causa, por lo que el diagnosticar eficientemente sus síntomas y signos es importante y fundamental para un tratamiento oportuno y sobre todo para poder garantizar la vida de la gestante y posible futuro embarazo, contar con personal capacitado y con poder resolutivo resulta fundamental tal como lo menciona Tempfer (1) en el reporte de caso realizado.
- En el estudio desarrollado por Wang (4) se presenta la triada de signos patognomónicos de la enfermedad y son fundamentales para el diagnóstico, y aunque a veces el dolor este enmascarado o no es manifestado por el umbral de dolor que posee la paciente, nos permite tener un indicio muy importante de lo que sucede, es importante considerar ello, pues permitió tener una visión mas clara en el caso clínico presentado.
- Como refieren Bertín F. (14) y Benavides B. (23). el embarazo ectópico representa un diagnóstico potencialmente mortal, y tiene una recurrencia del 10-27%. Es fundamental identificar a aquellos con mayor riesgo de recurrencia, que permitan hacer intervenciones que mitiguen el riesgo posterior si es posible. La falta de uniformidad en los estudios dificulta el análisis de la evidencia en general, pero han surgido algunas tendencias que pueden ayudar en el asesoramiento y la gestión. Es por ello que considero importante esta revisión pues nos permite capacitarnos en el diagnóstico oportuno.

2.4. Conclusiones

- La paciente ha sido atendida en base a las guías y protocolos establecidos por Essalud, si bien la respuesta fue efectiva y rápida, pudimos observar que, de no haberse actuado de esta forma, las consecuencias habrían sido difíciles de manejar pues aun teniendo una respuesta rápida la paciente se complicó y presentó anemia producto de la patología desarrollada, por lo que es fundamental capacitar al equipo multidisciplinario en signos de alarma y protocolos de atención porque cada minuto es fundamental para garantizar la vida de la paciente y para poder darle la posibilidad de un embarazo futuro.
- Las complicaciones de esta patología son diversos pero la anemia severa y el shock hipovolémico son los más frecuentes tal como se muestra en el presente caso, en este caso clínico se muestra la triada característica del embarazo ectópico, por lo que debemos prepararnos para poder hacer el diagnóstico aun en condiciones que no muestren todos los signos y síntomas patognomónicos.

2.5 Recomendaciones

- Trabajar en equipo es fundamental para poder reducir los riesgos y la morbi mortalidad materna.
- Seguir los protocolos y normas de atención que permitan ayudar de manera significativa a la atención que le brindamos a la paciente.
- Desarrollar módulos de prevención y capacitación para la población en edad fértil en temas que pueden afectar al embarazo, para que de esta forma la población que atendemos pueda identificar los signos de alarma.
- Desarrollar más investigaciones para poder conocer la incidencia real de las patologías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tempfer C, Dogan A, Tischoff I, Hilal Z, Rezniczek G. Chronic ectopic pregnancy: case report and systematic review of the literature. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2021 May 10];300(3):651–60. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-019-05240-7>
2. ACOG Practice Bulletin No. 191 Summary: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2021 May 10];131(2):409–11. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/02000/ACOG_Practice_Bulletin_No__191_Summary__Tubal.35.aspx
3. Petrini S. Recurrent Ectopic Pregnancy: Current Perspectives. 2020 [cited 2021 May 13]; Available from: <http://doi.org/10.2147/IJWH.S223909>
4. Wang X, Huang L, Yu Y, Xu S, Lai Y, Zeng W. Risk factors and clinical characteristics of recurrent ectopic pregnancy: A case–control study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2020 Jul 1;46(7):1098–103.
5. Ruipérez E, Gutiérrez A, Brenes J, Asenjo E, Coronado P, Herráiz M. Embarazo ectópico cervical: Reporte de un caso. *Rev Perú Ginecol y Obstet* [Internet]. 2019 [cited 2021 May 10];65(4):541–4. Available from: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2213>
6. Gallardo R, Shantal P, Samaniego DL, Fernando G. Universidad Estatal de Milagro Facultad Ciencias de la Salud Trabajo de Titulación de Grado Previo a la Obtención del Título de Licenciada en Enfermería. 2018.
7. Abdulkareem T, Eidan S. Ectopic Pregnancy: Diagnosis, Prevention and Management. In: *Obstetrics*. InTech; 2017.
8. Chacón M, Zulueta P, María R. Embarazo ectópico Ectopic pregnancy. 2017.
9. Elías J, Huerta I, Campos K, Coronado J, Flórez A. Embarazo ectópico abdominal: reporte de dos casos. *Rev Perú Ginecol y Obstet* [Internet]. 2021 Mar 9 [cited 2021 May 10];67(1):1. Available from: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2306>
10. Atamari-Anahui N, Paucar-Tito L, Ccorahua-Ríos M, Morales-Concha L, Girón-López L. Embarazo ectópico cervical. A propósito de dos casos. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 13(3) 2020 [Internet]. [cited 2021 May 10]. Available from: <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/747/368>
11. Asencio A, Huaquipaco A, Reyes O. Tubal ectopic pregnancy six years after supracervical hysterectomy. A case report. *Rev Perú Ginecol y Obstet* [Internet]. 2020 Nov 9 [cited 2021 May 13];66(3):1. Available from: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2280>
12. Loayza J, Benel A, Zegarra G, Curay J, Sigüenza K. Un caso de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea anterior. *Rev Perú Investig Matern Perinat* 2018; 7(2):53-6. <https://doi.org/10.33421/inmp.20181192>

13. Chávez A. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Académico Profesional de Obstetricia [Internet]. Universidad César Vallejo. Universidad César Vallejo; 2018 [cited 2021 May 13]. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/29158>
14. Bertin F, Montecinos M, Torres P, Pinto P, Rios V. Casos Clínicos Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. Vol. 84, REV CHIL OBSTET GINECOL. 2019.
15. Mohammed A, Abdulaziz A, Mohammed A, Abdulmohsen S, Hashim E, Ali alsobhi N, et al. Ectopic Pregnancy Diagnosis and Management Approach: Literature Review. 2019.
16. Lee R, Dupuis C, Chen B, Smith A, Kim YH. Diagnosing ectopic pregnancy in the emergency setting. Ultrasonography [Internet]. 2018 [cited 2021 May 13];37(1):78–87. Available from: <https://doi.org/10.14366/usg.17044>
17. Sanchez E. Factores para un embarazo de riesgo. Revista Médica Sinergia Vol.4 Num:9, Setiembre 2019, e319. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-9137-2069>
18. Riquero J. Universidad Tecnica de Babahoyo Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Obstetricia Dimensión Práctica del Examen Complejivo previo a la obtención del grado académico de Obstetrix TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO [Internet]. Babahoyo: UTB-FCS, 2020; 2020 [cited 2021 Apr 4]. Available from: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8408>
19. Instituto Nacional del Cancer. Dietilestilbestrol (DES) y el cáncer - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. [cited 2021 May 12]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/hormonas/hoja-informativa-des>
20. Linn L. OPS/OMS | Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU [Internet]. 2014 [cited 2021 May 10]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es
21. Ramírez J, Zapata B, Campos G, Mejía F, Mendoza P. Embarazo abdominal postérmino. Reporte de un caso. Rev Perú Ginecol y Obstet [Internet]. 2019 May 9 [cited 2021 May 13];65(2):209–12. Available from: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2176>
22. Recomendaciones para el Diagnóstico Del Embarazo Ectópico.2018.
23. Benavides, B. Reducción de la mortalidad materna en el Perú [Internet]. [cited 2021 May 13]. Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v62_n3/reduccion.htm

24. La Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y la reproducción humana en el Perú [Internet]. [cited 2021 May 13]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322017000300010&script=sci_arttext&tlng=pt
25. Liang H, Sandoval J, Hernández A, Vargas J. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD. V.9 N.1: 28-36 ISSN-2215 2741. [Internet]. [cited 2021 May 14]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>