



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“HEMORRAGIA OBSTETRICA POR EMBARAZO  
ECTÓPICO HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2018”**

**PRESENTADO POR**

**JESUS HAYDE ARAOZ CHAVEZ**

**ASESOR**

**JAQUELINE MIRIAM PORTUGAL PUMA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTETRICAS**

**ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2018**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	
CARÁTULA	
PÁGINA DEL JURADO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS .....	vi
RESUMEN.....	vii

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.3 MARCO TEÓRICO.....	3
1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	
1.3.1.1 Antecedentes internacionales.....	3
1.3.1.2 Antecedentes nacionales.....	6
1.3.1.3 Antecedentes regionales.....	11

1.3.2 BASES TEÓRICAS.....	11
1.3.2.1 Hemorragia obstétrica.....	11
Etiología.....	12
Aborto.....	12
Espontáneo.....	13
Inducido.....	13
1.3.2.2 Embarazo ectópico.....	13
Etiopatogenia.....	16
Factores de riesgo.....	17
Evolución.....	18
Cuadro clínico.....	19
Diagnóstico.....	21
Parámetros ecográficos.....	24
Manejo y tratamiento.....	26
1.3.2.3 Triage obstétrico.....	30
Código rojo.....	30
Procedimiento del protocolo de clave roja.....	31
Términos conceptuales.....	32

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

INTRODUCCIÓN.....	32
2.1 OBJETIVOS.....	33
2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO.....	33
2.3. DISCUSIÓN.....	44

2.4. CONCLUSIONES.....	46
2.5. RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	53
CARTA DE COMPROMISO ANTIPLAGIO.....	59

#### INDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Embarazo Ectópico.....	14
Figura N° 2 Localización del Embarazo Ectópico.....	15
Figura N° 3 Hematocele pelviano.....	19
Figura N° 4 Imagen ecográfica de Embarazo Ectópico.....	23
Figura N° 5 Embarazo ectópico tubario no roto .....	24
Figura N° 6 Algoritmo de actuación.....	29
Figura N° 7 Clave roja.....	32

#### INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Localización del Embarazo Ectópico.....	15
Tabla N° 2 Factores de riesgo.....	18

## RESUMEN

Una de las causas más relevantes de abdomen agudo en obstetricia es el embarazo ectópico, el cual se define como la implantación de un óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, esta entidad es propia de la especie humana.

Su incidencia ha ido en aumento debido al uso de las técnicas de reproducción asistida y va de 1/200-300 nacidos vivos, es mayor en multípara que en primíparas oscilando en una edad del 48.2% en mujeres de 30-39 años el 36.8% en las mujeres de 20-29 años. Muchos autores consideran al embarazo ectópico como una complicación grave del embarazo lo que puede llevar a la mortalidad de la mujer que lo padece.

En el presente trabajo académico se ha revisado la epidemiología, el cuadro clínico, la localización o ubicación de la implantación del huevo, el tratamiento y seguimiento que se da en esta entidad.

El caso clínico que se ha revisado es de una paciente mujer que presenta factores de riesgo para presentar la enfermedad, siendo los más relevantes los antecedentes ginecológicos, de 3 abortos incompletos con su respectivo tratamiento de legrado uterino. Así mismo el inicio de relaciones sexuales fue precoz, acompañada de eventos infecciosos vaginales. Presentó dolor moderado en hemiabdomen inferior que no calma a la posición antálgica, exacerbándose con el paso de las horas, y agregándose además náuseas y vómitos, determinando el diagnóstico inicial de: Síndrome doloroso abdominal, d/c apendicitis aguda, d/c tumoración anexial, ingresando a sala de operaciones con el diagnóstico preoperatorio de Embarazo

ectópico complicado y Diagnostico postoperatorio Embarazo ectópico complicado y hemoperitoneo.

La recuperación de la paciente fue favorable concluyendo en alta médica con sus respectivas indicaciones.

Palabras Clave: Hemorragia obstétrica, Embarazo Ectópico

## SUMMARY

One of the most relevant causes of acute abdomen in obstetrics is ectopic pregnancy which is defined as the implantation of a fertilized ovum outside the uterine cavity, this entity is typical of the human species.

Its incidence has been increasing due to the use of assisted reproduction techniques and it is 1 / 200-300 live births, it is higher in multiparous than in primiparous women, oscillating in an age of 48.2% in women aged 30-39 years 36.8% in women 20-29 years. Many authors consider ectopic pregnancy as a serious complication of pregnancy, which can lead to the mortality of the woman who suffers it.

In the present academic work we have reviewed the epidemiology, the clinical picture, the location or location of egg implantation, the treatment and follow-up that takes place in this entity.

The clinical case that has been reviewed indicates a female patient who presents risk factors to present the disease, the most relevant being gynecological antecedents, of 3 incomplete abortions with their respective treatment of uterine curettage. Likewise, the beginning of sexual relations was precocious, accompanied by vaginal infectious events. He presented moderate pain in inferior hemiabdomen that does not calm to the antalgic position, exacerbating with the passing of the hours, and also adding nausea and vomiting, determining the initial diagnosis of: Abdominal pain syndrome, acute accute appendicitis, d / c adnexal tumor , entering the operating room with the preoperative diagnosis of

complicated ectopic pregnancy and postoperative diagnosis. Complicated ectopic pregnancy and hemoperitoneum.

The recovery of the patient was favorable, concluding in medical discharge with their respective indications.

Keywords: Obstetric hemorrhage, Ectopic Pregnancy

## **CAPÍTULO I**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Una de las principales causas de hemorragia durante la primera mitad de la gestación, es la complicación por embarazo ectópico (EE) y es una de las primeras causa de muerte en países latinoamericanos (1).

La hemorragia obstétrica, la sepsis y la hipertensión arterial, constituyen la “Triada maligna” que produce muertes maternas a nivel mundial, uno de los diagnósticos de ingreso a la unidad de cuidados intensivos es por hemorragia obstétrica. Según el Pregnancy Mortality Surveillance de los Centers for Disease Control and Prevention (2,3) el sangrado obstétrico en el año 2008 se ubicó en un 13% de aproximadamente 4693 muertes de mujeres relacionadas al embarazo en los Estados Unidos. Estas cifras son mayores en los países con economías en sendas de evolución o en vías de desarrollo, siendo en el mundo la causa principal de muerte materna y produce más del 50% de todas las defunciones obstétricas. (3,4)

En cuanto al sangrado obstétrico correspondiente a la primera mitad del embarazo por embarazo ectópico, según Novack (5) refiere que en 1970, Estados Unidos presentó una frecuencia de 1:300-200 gestaciones. En 1983 Robbins (6) señala que dicha frecuencia se eleva a 1:100-150 gestaciones, cuya mortalidad es de 1:400 casos, mientras que Rigol (7) en el 2004 señala que la frecuencia del embarazo ectópico, corresponde a un 2,2 % del número total de los nacimientos.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

Una gestación ectópica es una situación distinta y por lo tanto, difícil de sobrellevar emocionalmente. Más allá del aspecto físico, es importante tener en cuenta el impacto que tiene en la mujer por la rotura súbita de la trompa de Falopio, concluyendo muchas veces con la extracción de la misma comprometiendo la fertilidad de la mujer en un largo plazo.

Según el Ministerio de salud a través de la Dirección de Atención Integral de Salud, señala que el comportamiento seroprevalente en jóvenes, especialmente en mujeres va en aumento en razón de: Gonorrea en un 0.30% Tricomonas 5.20 % Sífilis 1.10% Clamidia 4%, considerando las infecciones de transmisión sexual como un factor de riesgo que incrementa la patología de la trompa uterina, condicionando embarazo ectópico.

El aumento en la incidencia del sangrado abundante que pueda manifestarse en la mujer y significa una situación de peligro real de muerte en la mujer.

## 1.3 MARCO TEORICO

### 1.3.1 ANTECEDENTES DE NUESTRA INVESTIGACION

#### 1.3.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Los antecedentes de investigación son revisiones previas de investigaciones anteriores en relación al estudio de investigación que se ha desarrollado, con una antigüedad de 5 a 7 años.

JHOANA DEL CISNE CARAGUAY GUAJALA (7) en Ecuador año 2010 expuso su tesis titulada “Embarazo Ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General docente de Rio Bamba 2010”, investigación que tuvo como objetivo el de determinar la prevalencia del Embarazo Ectópico, páralo cual estudió a 48 pacientes, determinando que el mayor número de mujeres con embarazo ectópico corresponde a gestantes en edades de 26 a 30 años con un porcentaje del 27.1%, el 43% presentó un estado civil casada, el 52.1% tuvo un nivel educativo de instrucción secundaria, el 70.8% de las pacientes encuestadas presento enfermedad pélvica inflamatoria, el 79.2% no utiliza ningún método anticonceptivo, el 85.4 de las pacientes no presento antecedentes de cirugía pélvica y el 39.6 % de las encuestadas presentó shock hemorrágico.

SUMBA JADAN LOURDES ELIZABETH, de la Ciudad de Portoviejo en Ecuador presentó un trabajo de investigación Titulado Prevalencia de la Hemorragia Obstétrica del Primer Trimestre del Embarazo en el Hospital

Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo. Trabajo de investigación realizado entre los años 2012 y 2013. En dicho trabajo de investigación se consideró las patologías obstétricas que se desplegaban a medida que el embarazo continuaba su curso. El objetivo que se propuso fue el de identificar cuáles eran las principales causas de las hemorragias que se sucedían en el primer trimestre de la gestación, y para lo cual fue importante determinar la incidencia presentada y advertir cuáles eran las mejores y apropiadas recomendaciones que se debería de tomar en cuenta para evitar esta complicación. La muestra utilizada fue de 179 gestantes, utilizando la historia clínica como fuente de información. La edad de las gestantes que conformaron la muestra fue menos de 20 años, con más de una gestación, con una edad gestacional actual de 7 a 10 sem. La mayoría domiciliaba en el área urbana marginal, y el signo común que presentaron fue el de hemorragia genital con un diagnóstico de aborto incompleto. Según el presente estudio de investigación se utilizó entre otras las variables de edad, lugar de vivencia, paridad, cantidad de control prenatal, etc. El tipo de investigación que se utilizó fue explicativo, descriptivo de corte transversal, en un periodo determinado. El diseño fue el de no experimental y se presentó el trabajo en tablas y gráficos correspondientes. Se obtuvo las siguientes conclusiones: El sangrado transvaginal se presentó en forma frecuente en el primer trimestre del embarazo y en el cual genera alarma por sus posibles alcances patológicos que sitúan la salud de la mujer en un nivel de riesgo mayor. Así mismo en ciertos casos el fenómeno de la implantación embriones causa un sangrado que puede

ser de alcance discreto, el cual muchas veces confunde a la madre con una probable menstruación. Otra conclusión que se tomó en cuenta fue la de que las propias modificaciones del cérvix puede causar sangrado (8).

En China SUN L, TAO F, HAO J Y COLABORADORES (9), en el año 2012 realizó un estudio de investigación titulado Hemorragia Vaginal en el Primer Trimestre y Resultados Adversos del Embarazo entre las Mujeres Chinas: Según el grado de comprensión científica la metodología que utilizó fue un estudio observacional analítico de cohorte. Tuvo como principal objetivo el de reconocer la consecuencia de la hemorragia vaginal en el primer trimestre de la gestación y cuáles eran los resultados adversos que se sucedían en el embarazo. La unidad de análisis fueron gestantes con una muestra de 4342 en las cuales se efectuó un tipo de análisis de regresión logística para el cual se utilizó como riesgo de probabilidad de ocurrencia en un intervalo de confianza del 95%. En esta investigación se halló que 1050 gestantes presentaron sangrado vaginal en el primer trimestre de la gestación el cual tuvo un RR de 1.84 para estimar un parto prematuro (9)

ANNABEL ESPINOZA REYES, SCARLETT GABRIELA GARCÍA HERNÁNDEZ (10), en Nicaragua 2011, realizaron un estudio de comparación entre el Hospital escuela Oscar Danilo Rosales y el Centro Medico Universitario de Utrecht teniendo como objetivo principal el de comparar el manejo del embarazo ectópico que se ofrece a las pacientes que acuden a los nosocomios de investigación siendo un estudio comparativo y descriptivo de casos y controles para lo cual se incluyó a

todas las pacientes que asistieron diagnosticadas con embarazo ectópico. Esta investigación arrojó la siguiente conclusión: En ambos hospitales el tratamiento de elección como primera alternativa, fue la cirugía, no obstante se halló que en el hospital de Utrecht se aspira conservar la trompa uterina, y en el hospital de Nicaragua continúa con la extracción total de la misma de primera intención.

JOHANNA ORELLANA RODRÍGUEZ (1), en el año 2016 en Ecuador, presentó un estudio de investigación titulado “Embarazo ectópico complicaciones y factores de riesgo estudio a realizar en pacientes del hospital Matilde Hidalgo de Procel año 2013 – 2015, teniendo como objetivo general determinar los factores de riesgo y la incidencia del EE, en el hospital "Matilde Hidalgo de Procel", siendo un estudio básico, descriptivo y observacional no experimental con una muestra de 100 gestantes, llegando a las siguientes conclusiones: La prevalencia de (EE) de gestantes adolescentes fue del 17% del total de las unidades de análisis, la implantación del huevo se realizó en un 93% en la trompa de falopio, siendo la totalidad de estas mujeres con tratamiento quirúrgico.

### **1.3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES**

MERCADO MEDRANO WILLIAMS MOISÉS (11) presentó la siguiente investigación llamada: Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013. Este trabajo de investigación tuvo como objetivo, el de determinar los factores de riesgo que se asociaron al embarazo ectópico

siendo un estudio de tipo observacional descriptivo y retrospectivo de casos y controles producto de la revisión de 40 historias clínicas de pacientes que presentaron EE y otras 40 historias clínicas de pacientes que no presentaron EE, obteniendo los siguientes resultados: tabaquismo (OR:4.2, 95% IC:1.59–11.09); antecedente de embarazo ectópico (OR:14.7, 95% IC:1.80–121.13); aborto espontaneo (OR:4.3, 95% IC:1.69 – 11.06); cirugía abdomino-pélvica (OR:11, 95% IC:3.29–36.75); ITS (OR: 2.5, 95% IC:1.01–6.19).

BRANDY LOZANO PILCO (12) en la Región Loreto realizó un trabajo de investigación en el cual necesitaba saber la “Prevalencia de Aborto Incompleto en Mujeres de 15- 35 años en el año 2016, en el cual tuvo como objetivo general el de determinar la prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15 – 35, así como los factores, la edad gestacional y el número de embarazos que tuvo la mujer previo al aborto. La metodología utilizada fue un estudio de carácter descriptivo y observacional en la cual va a calcular la prevalencia y efecto en la muestra de estudio, con diseño no experimental. La muestra estuvo comprendida de 232 gestantes con un universo de 437 embarazadas, con criterios de exclusión de pacientes menores de 15 años, que no tengan diagnóstico de aborto incompleto y aquellas mujeres que obtengan diagnóstico de aborto incompleto y que no presenten sangrado transvaginal, para la recolección de datos utilizó un cuestionario de preguntas estructuradas acorde a la investigación realizada y se procesó mediante el paquete estadístico informático del SPSS versión 21. Las principales conclusiones fueron: La

prevalencia de edad de la mujer al momento del estudio fue del 53.1% siendo el 64.7% de pacientes con un estado civil de convivencia, el 43.1%; de pacientes tuvo entre 2-3 gestaciones anteriores al aborto producto de la investigación, el 59.9% presentó una edad gestacional de 6 a 10 semanas, el 19.8% presentó una edad gestacional de 11-15 Sem. Entre las principales recomendaciones fue la de iniciar un programa de educación sexual entre las mujeres de 15 a 20 años de edad. Se debe de realizar actividades de promoción en planificación familiar con énfasis en metodología anticonceptiva en pacientes que se encuentran con un estado civil de convivencia, y primigestas debido a que la muestra de estudio tuvo entre 2 a 3 embarazos previos.

MAGALY MARIELLA ROJAS CASTILLA (13) investigó en un trabajo académico con la presentación de caso clínico en el año 2016 las hemorragias de la primera mitad de la gestación en el hospital de san Jose de Chincha- Ica. En dicho hospital se tuvo el ingreso de una paciente gestante que presento hemorragia vaginal de carácter profusa en forma incidiosa acompañada de dolor en hipogastrio con un tiempo de antigüedad de 5 horas, siendo referida de un centro de salud de menor complejidad. Se atiende la emergencia y se realiza la canalización de segunda vía y se indica aplicar expansor de volumen Poligelina a chorro. Al exámen ginecológico se encontró orificio cervical interno y externo abierto con la presencia de coágulos sanguíneos de aproximadamente 500 centímetros cúbicos. Se realiza ecografía se toman muestras laboratoriales

específicas y se determina realizar transfusión sanguínea previos tamizajes correspondientes, se realiza legrado uterino en ambiente de sala de operaciones y se agrega antibiótico, para ser dada de alta a los 2 días de evolución con el diagnóstico de Aborto incompleto.

En la discusión del caso clínico se determinó que el Hospital San José de Chíncha, al ser el único hospital de referencia tienen mayor demanda de atención por lo que en determinados momentos los exámenes ecográficos y los exámenes de laboratorio tienen mayor tiempo de demora por tener mayor demanda de pacientes, aun así la atención por el personal de gineco obstetricia fue eficiente y eficaz, realizando la hemotransfusión en forma oportuna.

La paciente no utilizaba ningún método anticonceptivo a pesar de ser sexualmente activa, demostrando en todo momento desconocimiento de signos de alarma. Dentro de las principales recomendaciones fueron que los establecimientos de referencia tengan los medios logísticos y humanos en número adecuado para el manejo de estas y otras complicaciones.

CECILIA VANESA MURILLO CARRILLO (14) en la ciudad de Tacna realizó un trabajo de investigación para determinar qué factores Socioculturales y Gineco-Obstétricos se asocian al aborto dentro de los años 2001 al 2005. Dicha investigación se realizó en el Hospital Hipólito Unanue. El objetivo general fue el de identificar los factores de riesgo que presentaron las pacientes con aborto incompleto. Los objetivos específicos

de la presente tesis fueron el de conocer cuál era la frecuencia del aborto, cuáles fueron los antecedentes gineco obstétricos, y cuáles fueron los factores socio culturales que presentaron para incrementar el riesgo de presentar aborto incompleto. El tipo de estudio fue retrospectivo, analítico, utilizando dos grupos de estudio de casos y controles, teniendo una población de 16425 determinando una muestra de 2590 pacientes atendidas en el periodo de estudio, información que se recolecto del sistema informático perinatal, obteniendo las siguientes conclusiones: La prevalencia del aborto fue de 13.6% del total de gestaciones, las edades de presentación fueron mayores de 39 años con un riesgo de 2.31 ( $p < 0.000001$ ).siendo el aborto incompleto el 73.2% del total de casos de estudio. Se determinó que existe asociación directa de aborto con la edad y paridad, no se determinó algún grado de asociación con los factores socio culturales, siendo su principal recomendación la de elaborar procedimientos y protocolos dirigidos a gestantes con diagnóstico de alto riesgo de aborto, siendo gestantes añosas (39 años con un riesgo de 2.31 ( $p < 0.000001$ )).

GLADYS MILAGROS GUZMÁN GONZALES (15) publicó un estudio de investigación sobre factores determinantes para (EE) realizado en el Hospital María Auxiliadora, siendo su objetivo general el de establecer los factores que determinan el EE en las gestantes que se hospitalizan en gineco obstetricia, utilizando como fuente principal las historias clínicas con una metodología de ser un estudio retrospectivo, descriptivo, con una unidad de análisis de 95 gestantes, obteniendo los siguientes resultados:

El 99% de EE tuvo una localización tubárica, el 91.8 % tuvo tratamiento quirúrgico, el 92.9% tuvo como antecedente el EE anterior.

### **1.3.1.2 ANTECEDENTES REGIONALES**

Para el presente estudio se ha revisado las fuentes correspondientes y no se ha encontrado trabajos de investigación relacionados al tema.

### **1.3.2 BASES TEÓRICAS.**

Las hemorragias obstétricas, constituyen hoy en día como las tres primeras causas de morbimortalidad de la madre y el perinato en el mundo, es condicionante además de infecciones, anemia y otras complicaciones en sus diversos grados.

#### **HEMORRAGIA**

El aparato cardiovascular posee la función de trasladar los nutrimentos y el oxígeno a las diversas partes de nuestro organismo, igualmente es el se encarga de conservar la temperatura interna nuestro organismo (2).

Llamamos hemorragia al vocablo que designa la expulsión de sangre de sus cauces normales, pudiendo ser interna o externa, siendo a veces abundante e incontrolable, ubicando a la paciente en un momento de inconciencia con posterior coma.

Según la rotura del vaso sanguíneo clasificamos a las hemorragias en (2):

- Arteria, Venosa y capilar.

#### **1.3.2.1 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**

La hemorragia obstétrica es toda pérdida sanguínea de origen relacionada con alguna complicación del embarazo parto o puerperio con pérdidas sanguíneas mayores a 500 cc., siendo la causa principal de muerte materna en países en desarrollo (3,4,17).

#### HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

Se considera a la pérdida sanguínea a través de los genitales femeninos en las primeras 22 semanas de gestación, con una frecuencia del 5 -15% del total de las gestaciones en ese establecimiento.

Durante todo el embarazo la mujer no debe de presentar ningún episodio de sangrado transvaginal, siendo este patológico si se llegara a presentar.

#### ETIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA

La pérdida sanguínea del embarazo en la primera mitad del embarazo se debe a (18):

- Aborto
- Embarazo ectópico
- Enfermedad del trofoblasto

#### ABORTO

Es la interrupción del embarazo dentro de las 22 semanas de gestación, que puede presentarse en forma espontánea o provocada teniendo un peso del producto inferior o igual a 500 gr (19). El aborto puede presentarse en forma espontánea o puede ser inducido en contextos seguros o inseguros.

Ocurre en aproximadamente en el 15 a 20% de los embarazos.

Según Schwarcz - Fescina – Duverges (18) el aborto se clasifica en:

**Aborto espontáneo.-** Perdida involuntaria del producto de la concepción un 65% es subclínico, puede ser multicausal por factores genéticos, anatómicos, endocrinos, ambientales, infecciones, etc.

**Aborto inducido.-** Interrupción de una gestación menor de 22 semanas o con peso menor de 500 gr. Esta interrupción puede ser terapéutico o clandestino, en condiciones que pueden ser seguras o inseguras.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un aborto inducido es una forma de finalizar una gestación que no es deseada siendo en muchos casos quienes realizan estos procedimientos, individuos que no tiene las competencias necesarias o que se practica en un ambiente sin guardar las normas de asepsia requeridas para tal fin. Es en este contexto que las mujeres se exponen a peligros innecesarios en el cual se ve comprometida la salud o la vida de la mujer (19).

### **1.3.2.2 EMBARAZO ECTOPICO**

Una de las principales causas del abdomen agudo en obstetricia es el EE (20).

El vocablo “ectópico” deriva de las palabras griegas ectos: “fuera”, y topos: “lugar” (1) por lo tanto es la nidación de un óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Esta complicación se da en la especie humana.

**INCIDENCIA**

Va en aumento, debido al uso de las técnicas de reproducción asistida y va de 1/200-300 nacidos vivos, es mayor en multípara que en primíparas (19,21), oscilando en una edad del 48.2% en mujeres de 30-39 años el 36.8% en las mujeres de 20-29 años (21).



Figura 1. Embarazo Ectópico

#### LOCALIZACIÓN

Embarazo Tubárico, tubo ovárico, ovárico, abdominal, intraligamentaria cervical (19).

El embarazo tubárico, es la implantación con mayor incidencia, teniendo la siguiente clasificación:

Tabla1. Localización del embarazo ectópico

	LOCALIZACION	INCIDENCIA
EMBARAZO TUBARICO	Ampular	79.60%
	Ístmico	12.30%
	Fímbrico	6.20%
	Intersticial	1.90%
EMBARAZO EXTRATUBARICO	Cervical	0.15%
	Abdominal	1.40%
	Ovárico: intrafolicular o intersticial	0.15%

Fuente:<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf> (20).

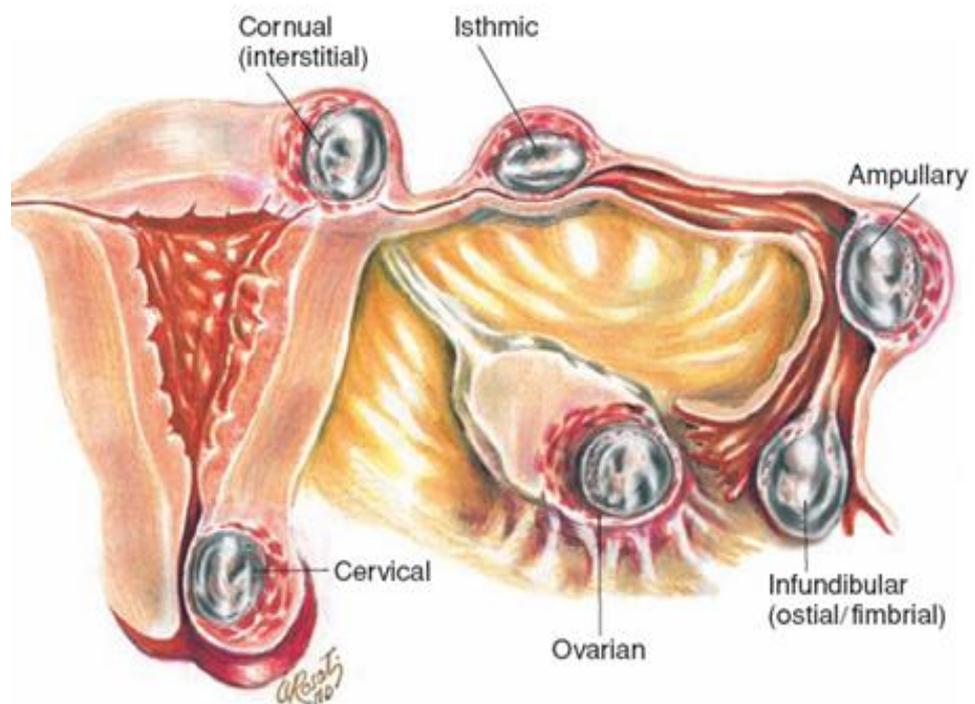


Figura 2. Localización del embarazo ectópico

## **ETIOPATOGENIA**

Normalmente el proceso de fecundación se efectúa en el tercio externo de la trompa de Falopio, como resultado de ello cualquier componente que reprima o retarde la consecución del cigoto que se dirige a la cavidad uterina se convertirá en un factor etiológico de un embarazo tubárico (19).

### **FACTORES TUBARICOS (19,21)**

- Las salpingitis determinan deformaciones, oclusiones o disminución de la luz de la trompa uterina afectando la permeabilidad de esta imposibilitando el paso del huevo hacia la cavidad uterina.
- Otro proceso etiológico son las alteraciones congénitas como trompas atrésicas o hipoplásicas (observada en la exposición intraútero al dietilestilbestrol) y divertículos, los procesos quirúrgicos adherencias, miomas, quistes de ovario.
- Los procesos plásticos realizados en las trompas uterinas para corregir esterilidad, las ligamentopexias, las insuflaciones, las histerosalpingografías etc.
- Enfermedad inflamatoria pélvica específicamente aquella que es ocasionada por salpingitis gonocócica y el proceso tuberculoso genital (21)
- Salpingitis postabortivas

### **ALTERACIONES FUNCIONALES**

- Discinecias
- Espasmos
- Las contracciones antiperistálticas.

- Endometriosis Tubárica

#### TEORIAS OVULARES (19,21)

- Implantación intrauterina del huevo debido a que consigue su capacidad para establecerse previamente a llegar a la cavidad uterina debido a cigotos con mayor peso que maduran rápidamente y no pueden progresar.
- Desprendimiento prematuro del manto pelúcido del huevo capacitando la implantación.
- Transmigración del cigoto a la trompa contralateral.
- Técnicas de reproducción asistida.

Se afirma que el embarazo ectópico está íntimamente ligado a la escasez del cuerpo lúteo y este es el principal causante de las cromosomopatías y abortos (21).

#### FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN UN EMBARAZO ECTOPICO

- Esterilización tubárica
- Cirugía tubárica previa
- EE previo
- Uso de DIU
- Exposición intrauterina a dietilestilbestrol
- Infertilidad previa
- Edad del primer coito menor de 18 años
- Infecciones ginecológicas a repetición
- Múltiples parejas sexuales
- Duchas vaginales

Tabla 2. Factores de riesgo de Embarazo Ectópico

FACTORES DE RIESGO	RIESGO RELATIVO
Cirugía Tubárica Previa	21.0
Esterilización Tubárica	9.3
Embarazo Ectópico previo	8.3
Exposición intrauterina a dietilestilbrestol (DES)	5.6
Uso de dispositivo intrauterino (DIU)	4.2
Cirugía pelviana previa	0.9
Infertilidad previa	2.5
Infección pelviana previa	2.5
Promiscuidad sexual	2.1
Tabaquismo	2.3
Duchas vaginales	1.1
Edad del primer coito	1.6

Fuente: Mohamed Addi, José Santiago-Cuadri Artacho, José Antonio Navarro Repiso Embarazo Ectópico.

## EVOLUCIÓN

Ocasionalmente la interrupción de la gestación puede ser temprana, el cual puede solucionarse en forma espontánea por reabsorción, sin que la mujer pueda sospechar de embarazo.

Cuando el cigoto se ha implantado en la trompa uterina, las vellosidades irrumpen velozmente el endosalpinx, llegando a la pared de la trompa y el peritoneo (21). El trofoblasto al proliferar ocasiona daño en la pared y vasos de la trompa uterina originando hemorragias regularmente abundantes, siendo de tipo cataclísmica por la rotura de vasos de mayor

calibre ocasionada por el estallamiento de la trompa uterina obligando a una inmediata intervención quirúrgica y contener la hemorragia.

Si los vasos lesionados no son de importante calibre la sangre se disemina lentamente en la cavidad del peritoneo ubicándose en el fondo de saco de Douglas constituyendo un hematocele pelviano.

En un embarazo extrauterino no suele presentarse inflamación de la trompa, se presenta dolor y este es originado por las prostaglandinas que se liberan en el lugar de la nidación. También el dolor es ocasionado por irritación peritoneal por la sangre que se acumula en la cavidad pélvica.

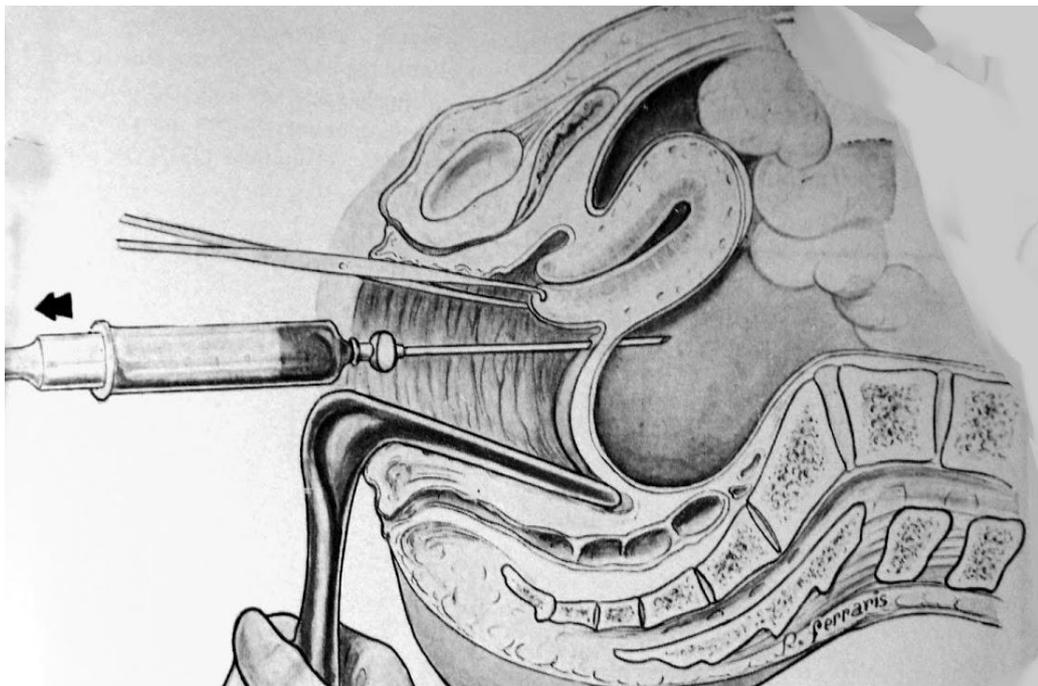


Figura 3. Hematocele pelviano.

### **CUADRO CLÍNICO.**

El cuadro clínico del embarazo ectópico va a variar, dependiendo de su ubicación y evolución.

En un 50% es asintomático por reabsorción espontánea.

El cuadro clínico incluye:

- Dolor
- Amenorrea
- Sangrado Vaginal.

Normalmente el dolor suele ser de inicio en zona abdominal, pudiendo confundirse con un cólico de origen no ginecológico, posteriormente el dolor se localiza en zona de hipogastrio o fosas iliacas, aumentando en intensidad (19,21).

Es posible presentar dolor al miccionar o al realizar movimientos bruscos. Puede presentarse también otros síntomas habituales a los embarazos precoces

En general aparece dolor y signos de gestación incipiente.

#### ETAPA INICIAL

Puede presentar la misma sintomatología a una gestación normal, muestra los indicios subjetivos de una gestación temprana, presenta tenues molestias abdominales, y el dolor acentuado es tardío.

#### Tacto vaginal

Se presenta cérvix poco elevado, ligeramente reblandecido de ubicación lateral y dolor a la movilización, útero no aumentado de tamaño comparando al tiempo de amenorrea, puede palparse tumoración yuxtauterina unilateral.

Amenorrea de pocas semanas, la pérdida sanguínea suele ser escasa.

#### SEGUNDA FASE (21)

Evolución no tranquila en la cual el dolor continúa y aumenta en intensidad obteniendo una sensación de peso o en forma intermitente dolor tipo punzada, generalmente unilateral no cediendo con analgésicos habituales

El dolor que de un inicio se presenta en zona de hipogastrio o en ambas fosas iliacas se irradia a región lumbar, acentuándose en epigastrio, hipocondrio derecho y subclavicular.

Puede acompañarse de vértigos, náuseas zumbido de oídos, pérdidas hemáticas oscuras en forma intermitente con ligero mal olor

Tacto rectal.

Palpación de masa blanda en saco de Douglas por colección sanguínea.

**TERCERA FASE:**

Presenta un cuadro de hemorragia intraperitoneal masiva, hipotensión, palidez produciendo shock hipovolémico con peligro de muerte si no se actúa en forma inmediata.

El dolor grave “en puñalada” que se irradia a la región sacra y en ocasiones al hombro, puede ser indicativo de rotura uterina.

**DIAGNÓSTICO (17, 18,19)**

La amenorrea es de corta duración de 4 a 8 semanas, el sangrado presenta características diferentes, es más oscuro, pegajoso.

La sintomatología y los factores de riesgo de un EE, no son lo suficientemente definidos para constituir un diagnóstico concluyente, por lo que toda mujer en edad fértil debe ser inmediatamente estudiada si muestra dolor abdominal, cólicos o sangrado vaginal.

Al examen preferencial se encuentra útero reblandecido y ligeramente aumentado de tamaño, el tiempo de amenorrea es desproporcional al tamaño uterino (11,21)

El cuello se encuentra cerrado, lateralizado y de consistencia reblandecida, presentando dolor aumentado en zona de fondo de saco posterior.

Un hallazgo muy importante la establece la presencia un tumor para uterino, de consistencia blanda de dimensiones variables con presencia de dolor agudo a la palpación y movilización de anexos.

#### EXAMENES AUXILIARES

Se debe realizar un test de embarazo, exámenes clínicos correspondientes los cuales nos mostrarán una disminución del hematocrito. Si la prueba de embarazo resulta positiva, se practica una ecografía para descartar una gestación intrauterina, Cuando la prueba de embarazo en orina resulta negativo, se solicitará  $\beta$ -HCG seriada en plasma.

La HCG es sintetizada por el trofoblasto, y se detecta en suero a los 10 días de producirse la fecundación.

En una gestación intrauterina de evolución normal, los niveles de  $\beta$ -HCG se duplican cada 2-3 días. En la mayoría de los casos de embarazo ectópico, los valores de  $\beta$ -HCG se exponen en valores decrecientes, que las de una gestación normal, esto se debe al volumen pequeño que presenta el trofoblasto y su decadencia progresiva.

El diagnóstico por imágenes se utiliza con mayor periodicidad para corroborar un embarazo intrauterino el cual descartaría un embarazo ectópico a la presencia de este (intrauterino)(22,23).

En pacientes que son sometidas a estimulación ovárica y reproducción asistida el estudio de los anexos debe ser obligatorio a pesar de la certeza de un embarazo intrauterino. Estas pacientes tienen alta probabilidad de embarazo heterotópico.

La ultrasonografía es un valioso recurso complementario para el diagnóstico, la ecografía transvaginal de alta resolución tiene un 80% de efectividad, logrando mostrar tumores anexiales hasta de 10mm.

Puede existir sospecha de EE, en el caso de niveles de  $\beta$ -HCG > 3000 mU/ml, y al examen ecográfico no se encuentra saco gestacional intrauterino.

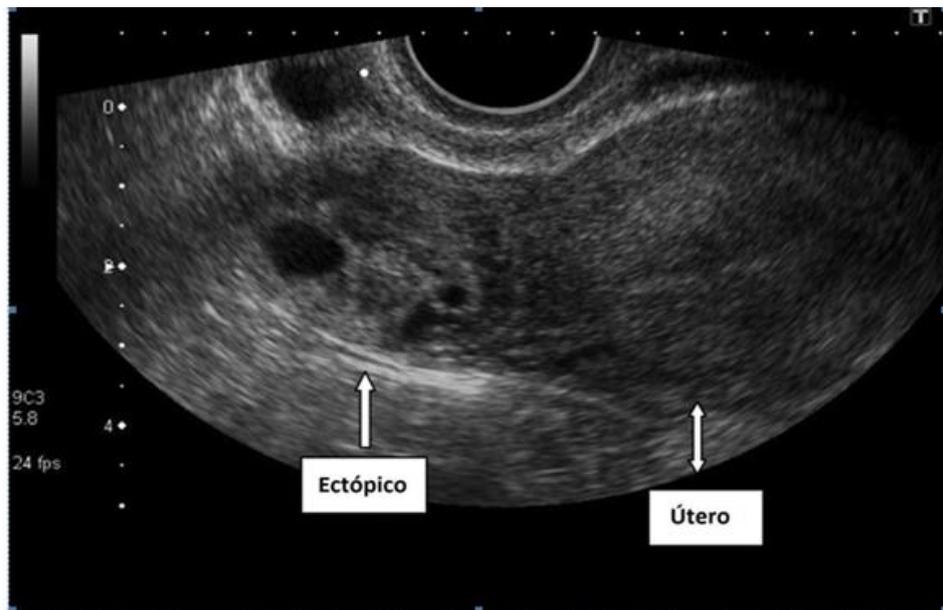


Figura 4. Imagen ecográfica de embarazo ectópico.

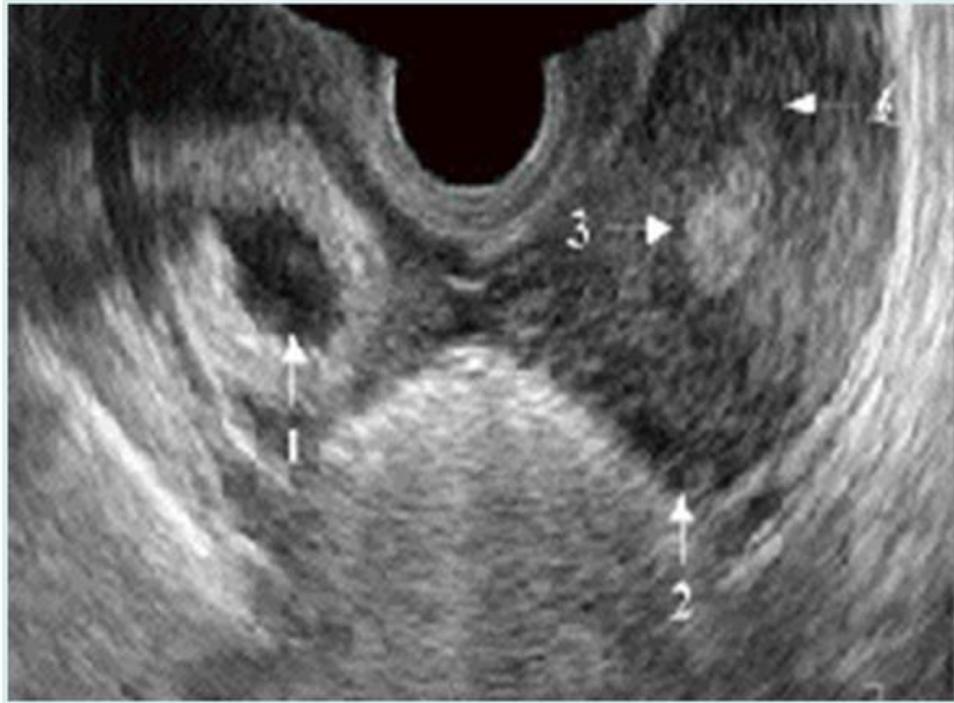


Figura 5. Imagen ultrasonográfica transvaginal de embarazo ectópico no roto sin embrión visible. Las flechas.- Vesícula embrionaria. 2.- Fondo uterino. 3.- Cavity endometrial

## PARÁMETROS ECOGRÁFICOS

Kobayashi (24) instituyó ciertos parámetros más exactos para alcanzar el diagnóstico instituyéndolos en hallazgos extrauterinos.

Hallazgos uterinos:

- Ecos uterinos disformes.
- Aumento en el tamaño uterino.
- No presencia de embarazo intrauterino.

Hallazgos extrauterinos:

- Masa anormal pobremente precisada con presencia de algunos ecos
- Calota fetal ectópica

Cerca del 15% de los casos tiene un diagnóstico definitivo para detección de un saco gestacional extra-uterino. Se debe complementar con una buena historia y examen clínico de EE (25,26).

Las causas de error más habituales que se puedan tener son localizar un quiste de cuerpo lúteo, cuando el embarazo intrauterino no es identificado (25,26).

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se debe realizar con otras entidades ginecológicas como el aborto, el cuerpo lúteo hemorrágico la enfermedad inflamatoria pélvica, o torsión o rotura del quiste de ovario, además de otras entidades pélvicas como la apendicitis.

##### 1. Aborto intrauterino:

Habitualmente, el estudio ecográfico y el análisis de B-HCG en un período superior a 48 horas nos apoya en el diagnóstico diferencial.

##### 2. Mola hidatiforme:

Los valores de B-HCG se encuentran aumentados para la edad gestacional.

Las características ecográficas son específicas (en copos de nieve).

##### 3. Abdomen agudo:

Pueden confundirse con: torsión de quiste ovárico; apendicitis; rotura folicular.

## MANEJO Y TRATAMIENTO

El tratamiento del EE ha sido de elección quirúrgica, siendo la salpinguectomía una intervención estándar. La introducción de la laparoscopia ha sustituido la laparotomía, y en un esfuerzo por conservar la fertilidad futura, la salpingostomía lineal ha sustituido la salpinguectomía, en los casos en que no haya daño tubárico extenso.

La introducción de tratamiento médico mediante metotrexate, ha demostrado ser eficaz, en pacientes seleccionadas con ectópico no complicado (21).

El tipo de tratamiento a aplicar, dependerá de los deseos procreativos de la mujer, de la forma de presentación del ectópico, complicados o no, y del estado hemodinámico de la paciente:

a) Tratamiento del EE con paciente inestable:

Generalmente el tratamiento es quirúrgico. Previa estabilización hemodinámica de la paciente se decide por laparotomía en forma urgente. Se realizará salpinguectomía, siendo la intervención más indicada, en el EE repetido y en la paciente con paridad satisfecha (21).

La cirugía tubárica conservadora, se puede intentar, en los casos que fuera posible (daño tubárico no extenso, aborto tubárico), en mujeres con paridad insatisfecha.

b) Tratamiento del EE con paciente estable (27):

- Cirugía conservadora: Salpingostomía lineal o expresión de la fimbria realizada por laparoscopia programada.
- Tratamiento médico con metotrexate (27)

Es un antagonista del ácido fólico eficaz contra la proliferación del trofoblasto. Para el tratamiento del EE no complicado la paciente debe reunir los siguientes requisitos:

- ✓ La concentración inicial de la  $\beta$ -HCG está por debajo de 5000  $\mu$ UI/ml.
- ✓ Tamaño del saco gestacional menor de 3.5 cm de diámetro

Contraindicaciones absolutas para administración del metrotexato (25)

- Embarazo intrauterino
- Alergia al medicamento
- Inmunodeficiencia
- Leucopenia
- Anemia moderada o severa
- Insuficiencia hepática, renal
- Lactancia

Contraindicaciones relativas para administración del metrotexato (25)

- Presencia de actividad cardíaca fetal detectable por ultrasonido
- Valores de  $\beta$ -HCG  $>5000$   $\mu$ UI/ml,
- EE más de 4 cm de diámetro,

El tratamiento conservador puede servir para que en un futuro la tasa de embarazos intrauterinos aumente subsiguiente.

## EMBARAZO ECTÓPICO

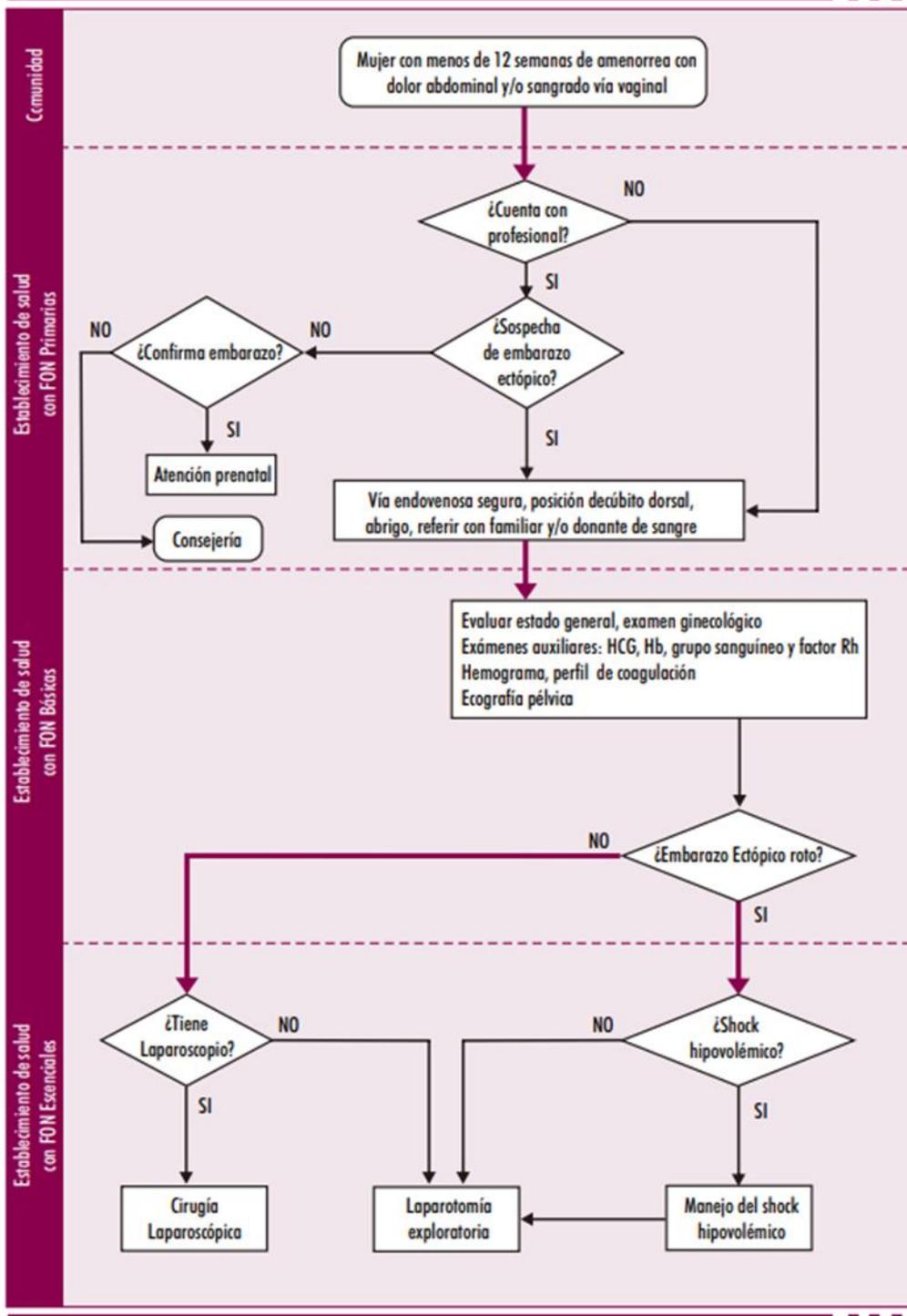


Figura 6 Algoritmo de actuación en el embarazo ectópico Ministerio de salud

### 1.3.2.3 **TRIAJE OBSTETRICO (28)**

La mortalidad materna es definida por la Organización mundial de la salud como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días después de su terminación debido a cualquier causa relacionada con el embarazo.

El Triage Obstétrico es un proceso de atención a la mujer desde su ingreso en emergencias obstétrica, teniendo como objetivo el de catalogar la gravedad de las pacientes y determinar las actividades necesarias para preservar la vida y la salud materna.

Este método se ha adecuado para utilizarse en las diversas etapas del embarazo.

Inmediatamente después de identificar alguna complicación se debe de activar la ruta crítica para el manejo multidisciplinario en salud

En el módulo de evaluación individual se requiere la presencia del profesional obstetra para realizar el triage, registrando los datos en la historia clínica correspondiente.

#### **CÓDIGO ROJO**

Es una estrategia creada con el objetivo de reducir la mortalidad materna producida por hemorragia obstétrica, a través de la estandarización de instrucciones en el actuar inmediato de esta complicación.

#### A. SERVICIO DE EMERGENCIA

- ✓ Shock Trauma
- ✓ Tópico de Gineco-obstetricia
- ✓ Observación

#### B. CENTRO OBSTÉTRICO

- ✓ Sala de dilatación
- ✓ Sala de partos
- ✓ Sala de observación de puerperio inmediato.

#### C. HOSPITALIZACIÓN DE OBSTETRICIA

#### PROCEDIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CLAVE ROJA

En el protocolo de clave roja interviene un equipo completo de trabajadores profesionales médicos, no médicos, técnicos de enfermería de laboratorio de farmacia, personal administrativo vigilancia etc.

Cada trabajador tiene que realizar los procesos establecidos en el protocolo de clave roja que se detalla en anexos respectivos.



Figura 7 Clave roja

### TERMINOS CONCEPTUALES

**EMBARAZO ECTOPICO.-** Implantación del huevo o cigoto fuera de la cavidad intrauterina

**HEMORRAGIA OBSTETRICA.-** Sangrado anormal que se presenta durante el embarazo parto o puerperio.

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLINICO**

#### **INTRODUCCIÓN**

Podríamos decir que todos los embarazos en sus inicios son Embarazo Ectópico (EE), puesto que la fecundación se realiza en el tercio externo de la trompa.

Se considera al EE como una emergencia medico quirúrgica, por la repercusión que tiene en la vida de la mujer.

El actual caso clínico trata de un embarazo ectópico complicado que se presentó en el hospital Regional Moquegua 2018.

## 2.1 OBJETIVOS

- Determinar los factores de riesgo que se presenta por embarazo ectópico.
- Determinar el manejo y tratamiento del embarazo ectópico.

## 2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

### 1. EMERGENCIA

#### FILIACIÓN

Nombres : XXXXX  
Edad : 23 años  
Sexo : Femenino  
Procedencia : Moquegua  
Fecha : 17/10/2018  
Hora de atención : 00:04 horas

---

#### ANAMNESIS

Paciente mujer de 23 años de edad refiere que hace aproximadamente 14 horas presenta dolor moderado en hemiabdomen inferior que no calma a la posición antálgica, exacerbándose con el paso de las horas, y agregándose además náuseas y vómitos de contenido bilioso en 05 oportunidades.

#### ANTECEDENTES:

**Patologías:** Niega

**FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM):** 25/09/2018

**RAM:** Niega

**Cirugías:** Niega

**EXAMEN FÍSICO:**

Temperatura: 36,3 °C

Frecuencia cardiaca: 113 por minuto

Frecuencia respiratoria: 18 por minuto

Presión arterial: 81/52 mmHg

SO<sub>2</sub>: 98%

PESO: 58 kg

Paciente en regular estado general (REG), mal estado de nutrición (MEN), regular estado de hidratación (REH), piel tibia al tacto, mucosas orales semihumedas, ventila espontáneamente,

**Tórax y pulmones:** Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares (ACP), no se auscultan estertores.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos normofonéticos, regulares taquicárdicos, no se auscultan soplos.

**Abdomen:** Blando/poco depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y hemiabdomen inferior a predominio de fosa iliaca derecha (FID), signo de

Blumberg positivo (+), McBurney positivo (+), Roving positivo (+) ruidos hidroaéreos disminuidos y alejados.

**Genitourinario:** Puño percusión lumbar positiva (+), Puntos renoureterales negativos (-).

**Sistema nervioso central:** Glasgow 15, pupilas isocóricas, fotorreactivas, no signos meníngeos ni de focalización.

#### **EXÁMENES AUXILIARES:**

- Leucocitos: 18 880/mm<sup>3</sup>
- Hemoglobina (Hb): 11.0 g%
- Hematocrito (Hto): 34%
- Glucosa (Gluc): 203.5 mg%

#### **DIAGNÓSTICO:**

- SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL
- SINDROME EMETICO
- D/C APENDICITIS
- D/C ITU

#### **INDICACIÓN:**

- Pasa a observación
- Cloruro de sodio (ClNa) 0.9% 100cc + Omeprazol 40mg via edovenosa stat.

- ClNa 0.9% 1000cc a 35 gotas x minuto.

### **17/10/2018**

- Leucocitos: 18 880/mm<sup>3</sup>
- Hb: 10.0 g%
- Hto: 30%
- Gluc: 133 mg%
- Creat: 1.4 mg%

### **18/10/2018**

- Hb: 08.2 g%
- Hto: 25%

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

- Pancreatitis
- Apendicitis aguda
- Coledocolitiasis
- Litiasis renal
- Tumor ovárico a pedículo torcido
- Ruptura de quiste folicular
- Miomas pediculares

### **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

1. SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL
2. D/C APENDICITIS AGUDA
3. D/C TUMORACION ANEXIAL

#### INTERCONSULTA A CIRUGIA

HORA: 08:20hras

Paciente mujer de 23 años de edad con dolor abdominal a predominio de Fosa iliaca izquierda

Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación, Blumber positivo

Impresión diagnostica:

- Abdomen agudo quirúrgico
- Apendicitis aguda

Plan de trabajo:

- Preparar para sala de operaciones

Laboratorial pre quirurgico

- Se solicita riesgo quirúrgico cardiovascular
- Se indica metamizol 1.5gr E.V. c/8h

#### INTERCONSULTA A GINECOOBSTETRICIA 15:00 hras

Paciente en mal estado general, piel pálida, fría al tacto, mucosas orales semisecas, abdomen distendido, blando, poco depresible, doloroso a la palpación superficial, ruidos hidroaereos ausentes,

Genito urinario (GU): dolor a la movilización, al tacto se evidencia sangrado.

. Impresión diagnóstica: Embarazo ectópico complicado

. Plan de trabajo: Laparotomía de emergencia

## **2. HISTORIA CLINICA DE HOSPITALIZACION**

### **ANAMNESIS:**

- a. NOMBRE: XXX.
- b. Edad: 23 años
- c. Raza: mestiza
- d. Estado civil: soltera
- e. Grado de instrucción: secundaria completa
- f. Idioma: español
- g. Ocupación: INDEPENDIENTE
- h. Religión: católica
- i. Lugar y fecha de nacimiento: Huancayo 12/02/1996
- j. Lugar de procedencia: Moquegua
- k. Traída por: Familiar

### **HISTORIA DE LA ENFERMEDAD**

Tiempo de enfermedad:

- Aproximadamente 14 horas

Síntomas principales:

- Dolor abdominal, malestar general, náuseas y vómitos.

Enfermedad actual:

- Paciente mujer de 23 años de edad refiere que hace aproximadamente 14 horas presenta dolor moderado en hemiabdomen inferior que no calma a la posición antalgica, exacerbándose con el paso de las horas, y agregándose además náuseas y vómitos de contenido bilioso en 05 oportunidades.
- Funciones biológicas: conservadas

ANTECEDENTES:

GINECOOBSTETRICOS:

- Menarquia: 13 años
- Inicio de relaciones sexuales (I.R.S): 15 años
- G: 3 PV:0 PC:0 AB:3 HV:0 HM:1
- Infecciones vaginales a repetición
- Método anticonceptivo: Ninguno
- Número de parejas sexuales: 03

FAMILIARES:

- Hijos vivos: Ninguno
- Hermanos: No refiere

## PATOLÓGICOS:

- Patología de la infancia: no refiere.
- Patología de adulto: Niega
- Intervención quirúrgica: Legrado uterino por aborto incompleto
- Alergias a medicamentos: no refiere.

## EXAMEN CLINICO

### **Aspectos generales:**

- Lúcida orientada en tiempo espacio y persona.
- Actitud: colaboradora.
- Decúbito: dorsal activo.
- Facies: pálida.

### **Examen regional:**

- Mal estado general, regular estado de nutrición e hidratación, tejido celular subcutáneo disminuido, piel pálida tibia al tacto.
- Osteomioarticular: Debilidad de miembros superiores e inferiores

### **Examen segmentario**

- Cabeza y cuello:

normocéfala, conjuntivas palpebrales pálidas, mucosas húmedas

- Aparato respiratorio:

Tórax amplexación y elasticidad conservadas, murmullo vesicular pasa bien a ambos campos pulmonares.

- Cardiovascular:

- Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos.

- Abdomen:

Blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, ruidos hidroaereos negativos (-)

- Sistema nervioso central:

Glasgow 15, no signos meníngeos, ni de focalización.

- Extremidades: debilidad de miembros superiores e inferiores

REPORTE OPERATORIO 18-10-2018

### **CIRUGÍA REALIZADA**

Laparatomía explorativa más salpingectomía, sutura

Diagnostico Pre Operatorio: Embarazo Ectópico complicado

Diagnostico Post Operatorio: El mismo más hemoperitoneo.

**Hallazgos:** Hemoperitoneo, ruptura de trompa izquierda en 1/3 proximal de 1 cm de bordes sangrantes.

**Procedimientos:**

- Asepsia y Antiseptia de zona operatoria
- Colocación de campos estériles
- Incisión Pfannesteil, en piel y tejido celular subcutáneo con hoja de bisturí n° 21.
- Disección por planos: piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis, peritoneo, se ingresa a cavidad, se realiza revisión de hallazgos.
- Aspiración de sangre y coágulos en 1.600 cc
- Se evidencia 1/3 de trompa izquierda aumentada de tamaño de 1x2 cms, con solución de continuidad de 1cc con sangrado activo, salida de trofoblasto.
- Trompa derecha con características normales.
- Ovarios normales
- Clampado de anexo con pinzas gine.
- Se colocan puntos ginecológicos en ambos cabos, con hilo de sutura: catgut crónico 0-1 o Vicryl n°1
- Se realiza el conteo de material e instrumental
- Se cierra pared por planos.

Complicaciones y Eventos adversos intrahospitalarios: Ninguno

Estado del paciente al salir del quirófano: Estable

Destino del paciente al salir de quirófano: Unidad de recuperación post operatorio.

Posteriormente paciente pasa a hospitalización en ginecología

#### PLAN DE TRABAJO:

- Control de funciones vitales cada 15 minutos por 2 horas luego cada turno
- Vigilar sangrado de herida operatoria a través de apósitos y drenajes
- Balance hidroelectrolítico.
- Reposición de sangre 02 paquetes globulares grupo o factor Rh positivo.

#### TRATAMIENTO:

- Nada por vía oral hasta después de 8 horas, luego probar tolerancia oral, luego dieta completa más líquidos orales a voluntad.
- Clindamicina 900 mg cada 8 horas en 100cc de cloruro de sodio vía endovenosa lenta
- Cloruro de sodio (ClNa) 0.9% 1000cc a 30 gotas por minuto
- Sulfato ferroso 300mg 1 tableta vía oral desayuno almuerzo y comida
- Metamizol sódico 2gr vía endovenosa cada 8 horas
- Tramadol 100mg vía subcutánea (SC) condicional a dolor intenso.

#### HOSPITALIZACION SERVICIO DE GINECOLOGÍA

19-19-2018, 1a.m. Se recibe paciente de sala de operaciones en las siguientes condiciones:

- funciones vitales: presión arterial 100/60 pulso 100 por minuto, respiraciones 20 por minuto temperatura 36.9
- Vía respiratoria permeable

- Vía endovenosa con catéter calibre 18 con cloruro de sodio al 9 por mil en volumen de 600cc.
- 2 a.m. se inicia procedimiento de transfusión de paquete globular O+
- 3 am. se inicia procedimiento de antibiótico terapia según indicación medica
- 7 am se reporta paciente al turno siguiente no presentó complicaciones.

23/10/2018

Paciente es dada de alta con el siguiente diagnóstico según codificación

- Embarazo ectópico complicado
- Anemia leve
- Evolución favorable.

Indicaciones

- Continuar con tratamiento vía oral de clindamicina 300mg cada 8 horas por espacio de 5 días
- Ibuprofeno 400 mg vía oral cada 8 horas por espacio de 2 días
- Interconsulta a nutrición
- Control ginecológico en 3 días a través de su centro de salud.

### **2.3. DISCUSION DEL CASO CLÍNICO**

La hemorragia obstétrica es una de las primeras causas de muerte materna en el mundo, es una complicación aguda y perentoria que compromete la morbimortalidad de las pacientes. La frecuencia es cambiante entre los países, pero generalmente responde al 25% de las muertes. Aún en los países desarrollados la hemorragia está entre las tres primeras causas de muerte.

El presente caso clínico de embarazo ectópico se dio en el Hospital Regional de Moquegua año 2018.

Fue protagonizado por paciente mujer con índices de desnutrición y en mal estado general.

La paciente presenta múltiples factores de riesgo los cuales fueron determinantes para el inicio de esta complicación los cuales fueron, inicio precoz de relaciones sexuales que condicionaron infecciones vaginales a repetición tal vez con etiología por clamidia, responsable en la mayoría de casos de embarazo ectópico. Así mismo presentó 03 legrados uterinos por abortos previos.

En el transcurso de su evaluación se ha obtenido 07 diagnósticos diferenciales siendo evaluada de inicio por médico no especialista en ginecología, para luego obtener la impresión diagnóstica de:

SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL

D/C APENDICITIS AGUDA

D/C TUMORACION ANEXIAL

Posteriormente después de 15 horas de internamiento fue evaluada por médico ginecólogo de turno con el diagnóstico de embarazo ectópico complicado, sometiendo a la paciente a la cirugía correspondiente como se describe en el tratamiento de elección.

El tratamiento fue el quirúrgico por tratarse de EE complicado con evolución favorable

Se compensó la pérdida sanguínea con transfusión de 2 paquetes globulares, disminuyendo así el grado de anemia que presentaba

Después de cuatro días de internamiento la paciente es dada de alta con el diagnóstico de:

Embarazo ectópico complicado.

Anemia leve

## **2.4.- CONCLUSIONES**

2.4.1 Se tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo que se presenta por embarazo ectópico.

En este caso la paciente presentó múltiples factores de riesgo que al parecer conllevó a la aparición de esta complicación. El inicio de relaciones sexuales fue precoz, a los 15 años edad que conllevaron a infecciones vaginales recurrentes a través de los años de vida sexual activa, agregándose a esto las múltiples parejas sexuales que informo en el interrogatorio.

2.4.2 Presentó 3 episodios de aborto incompleto con el tratamiento de legrado uterino, lo que podría condicionar a alteraciones sistémicas y funcionales de las trompas uterinas.

Presentó infecciones vaginales a repetición, considerándose como factor de riesgo para presentar embarazo ectópico

2.4.3 El manejo y tratamiento fue oportuno de acuerdo a los protocolos establecidos, con pronóstico favorable.

## 2.5 RECOMENDACIONES

2.5.1 Los establecimientos de salud, deben de determinar un plan de seguimiento para las pacientes con el diagnóstico de aborto incompleto con énfasis en consejería y orientación en planificación familiar, consejería nutricional.

2.5.2 La educación para la salud debe ser prioritaria en las indicaciones de contrarreferencia a los establecimientos de menor complejidad mejorando los hábitos y estilos de vida saludables de las pacientes de alta con énfasis en el autocuidado de la salud.

2.5.3 La satisfacción de necesidades de los usuarios debe ser un eje principal para la mejora sanitaria y disminución de desigualdades sociales, mejorando la capacidad de intervención en el seguimiento de las pacientes para evitar que se pueda repetir el cuadro clínico que pudiera conllevar a la morbilidad o mortalidad de las pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Johanna Orellana Rodríguez. Embarazo ectópico complicaciones y factores de riesgo estudio a realizar en pacientes del hospital Matilde Hidalgo de Procel año 2013 - 2015. Ecuador 2016 (Citado el 09 de setiembre del 2018) Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18577/1/EMBARAZO%20ECTOPICO%20COMPLICACIONES%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>
2. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield. Williams. Obstetricia 24. Edición 2014
3. Hemorragia Obstétrica (fecha de acceso 19 de se 2018). URL disponible en:  
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525&sectionid=100461806&jumpsectionID=100461818>
4. Novak ER, Seegar Jones G, Jones HW. Tratado de Ginecología. Madrid: Ed Interam Mc Graw-Hill; 1991.
5. Cotran RS. Patología estructural y funcional de Robbins. Madrid: Ed. Mc Graw Hill Interam; 2000.
6. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

7. Jhoana Del Cisne Caraguay Guajala. Embarazo Ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General docente de Rio Bamba Ecuador 2010.
8. Sumba Jadan Lourdes Elizabeth. Prevalencia de la Hemorragia Obstétrica del Primer Trimestre del Embarazo en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo. desde Septiembre del 2012 a febrero del 2013. Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1813/2/RESUMEN%20SUMBA%20J.pdf>
9. Sun L, Tao F, Hao J, Su P, Liu F, Xu R. First trimester vaginal bleeding and adverse pregnancy outcomes among Chinese women: from a large cohort study in China. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 2012 Aug;25(8):1297–301.
10. Annabel Espinoza Reyes y Scarlett Gabriela García Hernández “Manejo del embarazo ectópico: estudio comparativo entre el centro médico universitario de Utrecht (Utrecht-Holanda) y el hospital escuela Oscar Danilo Rosales Argüello. León- Nicaragua. 2011 (citado el 09 de setiembre 2018). Disponible en:  
<file:///E:/Users/amd/Downloads/220108.pdf>
11. Mercado Medrano Williams Moisés. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013

12. Brandy Lozano Pilco tesis “Prevalencia de Aborto Incompleto en Mujeres de 15- 35 años Atendidas en el Hospital Regional Loreto de enero a noviembre (intranet) 2016” (citado el 13 de Octubre 2018) Loreto Iquitos 2017. Disponible en:  
[http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4852/Brandy\\_Tesis\\_Titulo\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4852/Brandy_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Magaly Mariella Rojas Castilla “Hemorragia en la Primera Mitad del Embarazo: Aborto, en el Hospital San Jose de Chincha - Minsa-marzo (intranet) 2015 (citado el 14 de octubre del 2018). Disponible en:  
<https://core.ac.uk/download/pdf/54223019.pdf>
14. Cecilia Vanesa Murillo Carrillo Factores Socioculturales y Gineco-Obstetricos Asociados al Aborto en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna Periodo 2001 – 2005 Tacna 2006
15. Cecilia Vanesa Murillo Carrillo Factores Socioculturales y Gineco-Obstetricos Asociados al Aborto en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna Periodo 2001 – 2005 Tacna 2006
16. Tomado de Fonseca del Pozo FJ, Ildefonso García Criado E, Martín Riobioó E, Abizanda González M. Abordaje integral del dolor en Atención primaria “dolor en urgencias” módulo 9. Madrid: Im & csa, 2005
17. Revista Peruana de ginecología y obstetricia 2010;56(1) (Acceso 03 de diciembre 2018 ) disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56\\_n1/pdf/a03v56n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a03v56n1.pdf)

18. - Schwarcz - Sala - Duverges – obstetricia. 6ta edición - Buenos Aires – 2005
19. Chow W, Daling JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol Rev.* 2007; 9:70-94.
20. Mohamed Addi, José Santiago-Cuadri Artacho, José Antonio Navarro Repiso Embarazo Ectópico. (Acceso 3 de Diciembre 2018) disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf>
21. Jaime, Botero Uribe; Alfonso Júbiz Hazbún y Guillermo Henao. *Obstetricia y ginecología: Texto integrado* (5ta edición). Corporación para Investigaciones Biológicas. 2004
22. Botella Llusíá, José; José A. Clavero Núñez. *Tratado de ginecología* (14ª edición). Ediciones Díaz de Santos 1993.
23. Dewhust C.J. *Obstetricia y Ginecología para postgraduados*. Salvat Editores 1978
24. Lawson T. L. *Ectopic pregnancy: Criteria and accuracy of ultrasonic diagnosis - American Journal of Roentgenology*, 1978.
25. M. Sowter y C. Farquhar, «Ectopic pregnancy: an upd ate.,» *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, vol. 16, nº 4, pp. 289 - 293, 2004.
26. Ministerio de salud. *Guías nacionales de atención integral de la salud sexual reproductiva*. Dirección general de salud de las personas. Dirección ejecutiva de atención integral de salud. 2006.
27. Ministerio de salud. *Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive* 2007

28. Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México  
Innovación para la Práctica Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Vol  
9. • Año. 9 • No. 2 • Abril-Junio 2012.