



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO EN GESTANTE**

**ANÉMICA ATENDIDA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

**NIVEL II, 2021**

**PRESENTADO POR:**

**BEGOÑA YESENIA ROJAS ESCALAMNTE**

**ASESOR:**

**MG. 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**

**2024**



# Universidad José Carlos Mariátegui

## CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación ( ) / Tesis ( ) / Trabajo de suficiencia profesional ( ) / Trabajo académico (X), titulado “**EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO EN GESTANTE ANÉMICA ATENDIDA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD NIVEL II, 2021**” presentado por el(la) aspirante **ROJAS ESCALANTE BEGOÑA YESENIA**, para obtener el grado académico ( ) o Título profesional ( ) o Título de segunda especialidad (X) en: **OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) **MG. ELIZABETH ENI YALAN DE MICHILOT**, designado como asesor con Resolución Directoral N° **0711-2022-DEPG-UJCM**, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

<b>Programa académico</b>	<b>Aspirante(s)</b>	<b>Trabajo de investigación</b>	<b>Porcentaje de similitud</b>
<b>SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS</b>	<b>ROJAS ESCALANTE BEGOÑA YESENIA</b>	<b>EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO EN GESTANTE ANÉMICA ATENDIDA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD NIVEL II, 2021</b>	<b>23%</b>

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **23%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 20 de agosto de 2024

UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

Dr. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
ESCUELA DE POSGRADO UJCM- SEDE MOQUEGUA

## ÍNDICE

PÁGINA DE JURADO...	i
ÍNDICE .....	ii
RESUMEN .....	iv

### CAPÍTULO I

<b>PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Descripción de la problemática.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Justificación .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3. Marco teórico.....</b>	<b>4</b>
1.3.1. Antecedentes .....	4
1.3.2. Bases teóricas .....	12

### CAPÍTULO II

<b>CASO CLÍNICO .....</b>	<b>26</b>
<b>2.1. Objetivo .....</b>	<b>26</b>
2.1.1. Objetivo General .....	26
2.1.2. Objetivos Específicos .....	26
<b>2.2. Datos clínicos principales .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3. Discusión .....</b>	<b>43</b>
<b>2.4. Conclusiones .....</b>	<b>44</b>
<b>2.5. Recomendaciones .....</b>	<b>45</b>
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>46</b>

## RESUMEN

El embarazo ectópico viene a ser el producto de la alteración en la estructura fisiológica de la reproducción en la que el blastocisto llega a implantarse fuera de la cavidad endometrial. Un porcentaje alto se presenta en la trompa uterina, aunque existen otras posibles ubicaciones como el área: intersticial, ovárico, cornual, cicatriz de cesárea, cervical abdominal. Dentro de las causas principales esta la alteración anatómica producto de infecciones, cirugía, anomalías congénitas o tumores. En este caso clínico observaremos la atención que se brindará a la gestante diagnosticada con embarazo ectópico post salpingectomía con anemia moderada que tiene una complicación respiratoria durante su estancia hospitalaria, como puede observarse se brinda una atención inmediata que permite a la paciente poder recuperarse rápidamente tanto de la afectación del embarazo como de la dolencia respiratoria.

El manejo multidisciplinario permitió que se brinde una atención eficiente, rápida y dentro de los estándares establecidos que permitió salvaguardar la vida de la paciente, activando de manera inmediata y oportuna la clave roja y manejando el caso de forma adecuada.

**Palabras clave:** embarazo ectópico, salpingectomía, alto riesgo.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA**

El embarazo ectópico se llega a presentar entre el 1 a 2% de embarazos, siendo uno de los más importantes diagnósticos diferenciales en mujeres fértiles con un cuadro clínico que presencia dolor abdominal. Sin embargo, existen diversos modos de descartar este diagnóstico, ya que por ejemplo puede presentarse por tener antecedentes de histerectomía, lo que no permite poder realizar un diagnóstico adecuado y aun así se pueda presentar un riesgo para la vida de la paciente. Así mismo, el 93 a 97% de los embarazos ectópicos llegan a ser tubáricos y los de tipo intersticial son del 3 a 4%, lo cual demuestra que su presencia es rara, pero en caso se presente, los malestares y complicaciones son de alto riesgo. Los embarazos ectópicos en sus diversos tipos de diagnósticos se deben de evaluar con cuidado, debido a su complejidad para poder clasificarlos y tratarlos de la mejor manera, por

lo cual, los métodos para encontrar su clasificación deben ser cautelosos y diversos, permitiendo el hallazgo de esta u otras anomalías. (1).

La implantación del embarazo ectópico se fundamenta en la implantación en una zona fuera del endometrio, en la mayoría de casos, esta implantación llega a producirse en las trompas de Falopio (95%). La incidencia del embarazo ectópico tiene una pendiente en ascenso en base al nivel de desarrollo del país, por lo cual países de primer mundo como Estados Unidos, Europa, Japón, Australia son los que tienen las tasas más elevadas de presentar esta dificultad, llegando incluso a un 4.9%. Es de suma importancia identificar que el método de diagnóstico más efectivo por muchos años, ha sido la ecografía abdominal, lo cual se debe complementar por exámenes bioquímicos para poder tener un mayor porcentaje de diagnósticos y tener un descarte correcto. Antiguamente, al diagnosticar un embarazo ectópico, se tomaba la medida de realizar una extirpación del producto mal implantado y en casos más complejos, la ablación de la zona afectada. En la actualidad, si se logra diagnosticar a tiempo un embarazo ectópico, existen diversas medidas como el uso de metotrexato, la cual tiene una amplia gama de usos con la finalidad de ayudar a la gestante. (2).

La clave roja se activa cuando se presenta una hemorragia intensa con un alto riesgo de pérdida de sangre, se puede presentar mayormente luego del post parto por cesárea o por un parto natural. Por lo cual, se debe de realizar una intervención adecuada, pronta y con los profesionales adecuados dentro del equipo de clave roja, los cuales tendrán como objetivo principal identificar y detener la zona de sangrado

para que la vida de la paciente se mantenga y logre su pronta recuperación. Según datos brindado por la OMS, la mayor parte de las muertes producidas por hemorragias post parto, han sido presentadas 24 horas después del parto, así mismo, se menciona que, en la mayoría de casos se puede evitar las dificultades al presentarse el uso de profilácticos como agentes uterotónicos durante el periodo de alumbramiento, de la mano de un tratamiento apropiado y oportuno. (3).

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

La gestación durante todo el proceso va pasando por muchas etapas evolutivas, donde se pueden presentar diversas dificultades, dentro de ellas vamos a desarrollar en el presente estudio el embarazo ectópico, donde podemos evidenciar el porcentaje de presencia entre el 1 a 2% y que tantas consecuencias se pueden dar al no ser tratadas y incluso diagnosticadas de manera oportuna y temprana. Así mismo, vamos a evidenciar la importancia de la clave roja, como una búsqueda de pronta y oportuna solución ante el sangrado excesivo que se produce post parto.

Ambos temas tienen relación, debido a que producto del embarazo ectópico, se presenta con mucha constancia el sangrado excesivo durante y/o después del proceso médico. Es por ello que se debe de mantener una constante formación de los profesionales, tanto en el área de ginecología y obstetricia, quienes son los actores principales en el tratamiento de la problemática. Dentro del país existe una cantidad considerable de casos presentados en las provincias, debido a que no existen muchos profesionales y los equipos médicos necesarios para poder realizar

el descarte en el momento adecuado, sino que ya se da un diagnóstico cuando la dificultad lleva un tiempo considerable presente en la gestante.

Por lo cual es importante desarrollar más estudios en base a la problemática, para poder conocer nuevas alternativas de diagnósticos, actualizar los métodos y mantenernos informados frente a las diversas estrategias de solución.

Tanto el embarazo ectópico y el método de atención de la clave roja han aumentado en los últimos años, debido a la mayor presencia de casos, sobre todo en países desarrollados, esto se presenta por los diversos métodos que tienen las gestantes durante su desarrollo, los cuales son influenciados en gran medida desde una base biológica que, en muchos casos, te hereda las dificultades médicas, y en otros casos tiene que ver mucho con el tema de la alimentación y su vida sexual.

### **1.3 MARCO TEÓRICO**

#### **1.3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**Guzzo V. Ben S. y Sica N. (2021)** publicaron en Uruguay el artículo titulado “Cuatro años de experiencia en tratamiento médico del embarazo ectópico en el departamento de Paysandú”, la cual tuvo como objetivo central contar las experiencias del uso del metotrexate y conocer la satisfacción de las embarazadas ante su fertilidad. La metodología utilizada es un estudio retrospectivo y observacional de los embarazos ectópicos tubáricos tratados con metotrexate. Se obtuvo como resultado que, de 67 casos registrados, 13 recibieron metotrexato intramuscular con un 69.2% de éxito y se determinó un 25% de fertilidad posterior, así mismo, el estudio concluye en el uso de metotrexato en el embarazo ectópico se



viene practicando desde casi una década con resultados positivos y aceptación positiva por parte de las embarazadas (4).

**Rivera C, Pomès C, Díaz V, Espinoza P y Zamboni M. (2020)** publicaron en Chile el artículo “Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubárico”, con el objetivo de revisar y exponer desde una perspectiva actualizada del enfrentamiento y el manejo del embarazo ectópico tubárico. La metodología que se utilizó fue la revisión de la literatura virtual de portales como: Epistemonikos, Scielo, Cochrane y Pubmed, obteniendo como resultados, que los diagnósticos de embarazos ectópico tubárico involucra una serie de síntomas y los hallazgos de ultrasonido, los pacientes estables hemodinámicamente están bajo manejo médico. Si se da el fracaso del tratamiento, que el paciente no cumpla con mantener el seguimiento médico, producción de un embarazo ectópico roto o embarazo heterotópico, se debe de manejar mediante tratamiento quirúrgico, en la mayoría de caso por laparoscopia. En la mayoría de casos existe un gran porcentaje de éxito y pocas complicaciones. El estudio concluye con la actualización de las incidencias, factores de riesgo, diagnóstico y manejo de embarazo ectópico tubárico, además que es muy importante brindar un análisis y tratamiento a tiempo, con ello evitar y reducir complicaciones en base al embarazo ectópico (5).

**García C. (2020)** publicó en Chile la tesis titulada “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de las hemorragias obstétricas – clave roja – MSP en estudiantes del posgrado de ginecología y obstetricia de la Universidad Católica del Ecuador sede Quito. Julio – septiembre 2020”, teniendo como objetivo primordial la descripción, exploración de conocimientos, prácticas y actitudes con respecto al

manejo de hemorragias postparto que tienen los estudiantes de dicha universidad. El estudio utilizó metodología cualitativa y cuantitativa, dentro de la metodología cualitativa, realizaron estudios con enfoques fenomenológicos, en la cual se indagó actitudes en la atención de la hemorragia obstétrica, y percepciones por parte de los profesionales de la salud en cuanto a las barreras percibidas para desarrollar una adecuada atención. Los resultados cualitativos obtenidos, permiten facilitar, mejorar y entender las necesidades de los estudiantes en base a la importancia de contar con ambientes favorables para su desarrollo formativo, actuarían como factores facilitadores en la práctica médica para el control de las hemorragias obstétricas. Así mismo, los resultados cuantitativos llegaron a mostrar que el promedio de edad en cuanto a los participantes fue de 26 a 30 años, en segundo lugar, el grupo de 31 a 35 años, con una edad media de 30.7 años y en base al sexo predominante fue el femenino con un 65.9%. El estudio concluye que los estudiantes de posgrado, presentan conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas en base al manejo de hemorragias obstétricas 6.

**Martínez M. (2019)** realizó una tesis en México con el título “Prevalencia de embarazo ectópico en pacientes del Hospital general durante el año 2019”, la cual se basó en determinar la prevalencia del embarazo ectópico, la metodología desarrollada fue basada en un estudio, descriptivo, transversal, observacional, unicéntrico, retrospectivo y homodémico, los cuales incluyeron a todas las pacientes del año 2019, llegando a utilizar estadística descriptiva con cuantificación de medias y desviación típica para la variación cuantitativa, proporciones y frecuencia para variables cuantitativas. Los resultados obtenidos son en HGZ 20IMSS que alcanzaron 5470 nacimientos y 91 casos de embarazos ectópico,

teniendo una edad promedio de  $27.1 \pm 5.6$ , siendo el 47.2% con antecedentes de cirugía pélvica previa, el 42.9 infecciones vaginales periódicas. El estudio llegó a la conclusión de que se encontró HGZ Núm. 20 similar a la prevalencia encontrada de investigaciones nacionales, pero mayor en relación a los demás países. (7).

**Matos H, Rodríguez O, Estrada G, Martínez M, et al (2018)** en Cuba, publicaron el artículo “Caracterización de embarazo ectópico”, el cual tiene como objetivo principal especificar el comportamiento del embarazo ectópico. La muestra fue de 175 casos, utilizando como variables la edad, síntomas al ingreso, formas clínicas, medios diagnósticos, y operaciones realizadas. Obteniendo como resultado que, se alcanzaba un moderado crecimiento en el número de embarazos ectópicos durante el tiempo de estudio. Donde el 85.7% de pacientes acudieron por dolor bajo el vientre y sangrado vaginal anormal, además presentaron dolor bajo vientre y amenorrea un 78.3%, los grupos de edades eran de 20 – 24 con un 31.4% y de 25 a 29 con un 34.9%. El estudio concluye que hubo incrementos en los embarazos ectópicos, siendo el año 2006 con mayor frecuencia, donde el grupo de edad predominante fue de 25 a 29 años y pacientes primíparas. El diagnóstico más frecuente fue la clínica culdocentesis y las operaciones más frecuentes fueron las de embarazo ectópico complicado e inestable, el sitio de implantación tubárica y la localización ampular con salpingectomía. (8).

### **1.3.2 ANTECEDENTES NACIONALES**

**Gonzales M. (2020)** en Piura publicó la tesis titulada “Embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva con antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria

en el Hospital Santa Rosa, 2016-2018”, teniendo como objetivo principal definir la relación que hay entre el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y la aparición de embarazo ectópico en mujeres con edad reproductiva. Así mismo, el estudio desarrolló una metodología cuantitativa, observacional, retrospectiva, de casos y controles no pareados, incluyendo una población de 128 embarazadas atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura. Como resultado se obtuvo que el uso de DIU viene a ser un factor desencadenante para desarrollar un embarazo extrauterino y aumenta si se tienen antecedentes de embarazo ectópico, así mismo, se observó que el no completar los tratamientos asignados a la enfermedad pélvica inflamatoria y el tener un embarazo dentro de un periodo menor al año del diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria resultan siendo factores desencadenantes para que desarrollen gestación extrauterina. El estudio llega a la conclusión que, los factores desencadenantes para que desarrollen una gestación uterina son: portadores de DIU, no lograr completar el tratamiento asignado a la EPI diagnosticada, cuadro previo de embarazo uterino, llegar a tener una gestación en un periodo menor a un año del diagnóstico de la EPI. (9).

**Chipana I. (2019)** publicó una tesis en Huancayo titulada “Factores de riesgo para embarazo ectópico” en el cual su objetivo principal fue determinar los factores de riesgo para embarazo ectópico, el estudio se basó en el desarrollo observacional, descriptivo, analítico transversal de tipo de caso de control, siendo consideradas las historias clínicas del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo durante el año 2017. Se obtuvo resultados donde la prevalencia fue de 3.2% durante este periodo, siendo el intervalo en el que presenta la mayor patología de 30 a 39 años,

en antecedentes de cirugía previa se halló solo en 7 de los casos, en casos de grados superiores se encontró en 31 pacientes , con respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales encontramos el rango de 18 a 25 años, de los 50 casos, 36 tuvieron un tratamiento quirúrgico y 14 solo tratamiento médico, de los cuales en 2 pacientes recibieron segunda dosis de metrotexate. En conclusión, el estudio demuestra que la cirugía pélvica y la edad de inicio de relaciones sexuales de 18 a 25 son factores de riesgo significativos para desarrollar un embarazo ectópico. (10).

**Bustinza M. (2019)** en Ilo publicó la tesis titulada “Embarazo ectópico en pacientes multíparas en Hospital II – 1 Ilo, 2018”, teniendo como objetivo principal el reconocer los factores de riesgo, llegar a determinar el diagnóstico precoz e identificar el manejo y el tratamiento adecuado para una intervención oportuna del embarazo ectópico, con la finalidad de lograr mejores resultados maternos y disminuyendo la morbimortalidad. La metodología utilizada se basó en un análisis descriptivo y retrospectivo, donde se tomó como fuentes la historia clínica. Llegando a concluir que los principales factores de riesgo en pacientes con embarazo ectópico son el aborto, la promiscuidad y las infecciones vaginales. Finalmente, el estudio recomienda actualizar las competencias del equipo de salud del Servicio de Emergencia frente a situaciones riesgosas por hemorragia obstétrica u otras patologías. (11).

**Palomino W. (2018)** publicó en Lima la tesis “Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el centro de Gineco-obstetricia del

Hospital de Vitarte en el periodo enero – diciembre del 2015”, su objetivo principal se basó en determinar los factores de riesgo que conlleven al embarazo ectópico en las pacientes del Hospital de Vitarte. La metodología utilizada fue por medio de un estudio analítico con una muestra de 55 casos de embarazos ectópicos y 55 controles de embarazos normales apareados por edad gestacional, evaluando factores sociodemográficos como la edad, pareja y grado de instrucción materna, además de sus antecedentes en referencia a el embarazo ectópico previo, dispositivo intrauterino, cirugía tubárica previa, enfermedad inflamatoria pélvica, aborto/legrado, inicio de etapa sexual, entre otros, así como los factores clínicos, en referencia al dolor pélvico, sangrado vaginal anormal y masa anexial. Todos los datos fueron analizados por el programa SPSS 23. Llegando a la conclusión que los principales factores de riesgo para el embarazo ectópico en las pacientes del Hospital de Vitarte viene a ser el embarazo ectópico previo, dolor pélvico, masa anexial palpable, aborto o legrado, una edad materna mayor a 35 años, un sangrado vaginal fuera de los común y enfermedades inflamatorias pélvicas. (12).

**Rada Y. (2018)** público en Lima la tesis titulada “Características sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico en pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Periodo 2016 – 2017, Lima - Perú”. Teniendo como objetivo principal establecer características sociodemográficas, prevalencia, características quirúrgicas y clínicas del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2016 – 2017. El estudio tuvo un desarrollo observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo, cuantitativo y no

experimental. Trabajando con una población de 632 pacientes internadas en dicho hospital, de los cuales sólo 102 pacientes fueron diagnosticados con embarazo ectópico. Se consiguió una edad promedio de 28.2 años y el rango de mayor edad oscilaba entre los 25 – 29 años, además que el 51.96% de pacientes eran convivientes, el 91.1% era proveniente de Lima, todos ingresaron por emergencia, un 11.76% tuvieron antecedentes de ETS, un 55.8% mantenía relaciones sexuales durante la menstruación. Dentro de la sintomatología, el mayor fue el dolor abdominal con un 95.10% y la amenorrea con un 90.20%, todos recibieron tratamiento quirúrgico, siendo un 94.60% por medio de laparotomía exploratoria y teniendo como locación más frecuente la tubárica. El estudio concluye en que esta población tiene un menor antecedente de estudios locales, además de que los antecedentes gineco obstétricos y quirúrgicos no tenían relación directa con el embarazo ectópico, sin embargo si existió una relación entre el nivel socioeconómico alto y la ausencia de la patología, además de establecer el beneficio del correcto uso de las características de la patología de embarazo ectópico, sin embargo, las pacientes acuden a consulta cuando presentan un cuadro complicado o cuando se requiere una intervención quirúrgica. (13).

## **1.4 BASES TEÓRICAS**

### **EMBARAZO ECTÓPICO**

El embarazo ectópico (EE) es la implantación del producto de la concepción en un sitio diferente al endometrio, una implantación normal se presenta cuando el huevo anida y es desarrollado en su lugar habitual.

La probabilidad que se presente un embarazo ectópico ha aumentado en los últimos años, mayormente en países desarrollados, hoy por hoy se presenta entre un 0.8 a 2% de los embarazos en general. La tasa de incremento se debe en su mayoría a que se puede evidenciar de una manera más óptima el diagnóstico y que han aumentado los factores de riesgo en relación al embarazo ectópico. (14).

Se pueden presentar diversas ubicaciones, siendo la más frecuente en las trompas (95.5%) y también se presentan en la cornual, cervical, ovárica (3.2%), abdominal (13%) o en la cicatriz de una cesárea previa. (15).

El embarazo ectópico, asimismo se le conoce como un embarazo extra uterino, al implantarse el feto en otro lugar que no sea el endometrio, el feto al estar implantado en otra área dejará de crecer con el tiempo, produciendo otras dificultades. Esta inadecuada implantación desarrolla altos niveles de morbilidad y mortalidad con riesgos relacionados a la ruptura tubárica y hemorragia intraabdominal, produciendo una morbilidad significativa en la futura reproducción. Es una emergencia médica que tiene que ser tratada de manera inmediata, se presenta aproximadamente en un 75% de muertes durante el primer trimestre y un 9% de todas las muertes que se relacionan con en el embarazo. (16).



## **ETIOLOGÍA**

Se debe de mantener presente lo complicado que es identificar un embarazo ectópico a tiempo, más allá de la tecnología que nos ayuda, tiene que ver mucho en que situaciones se encuentra la gestante con sus cuidados y revisiones, siendo en la mitad de estos casos que no se puede logra identificar un origen exacto por el cual se produce, por lo cual, debemos de saber identificar las causas que se presentan para que la embarazada presente una anormalidad en la implantación, de las cuales podemos separarlas en causas tubulares y causas ovulares:

### **CAUSAS TUBULARES:**

- Enfermedad pélvica inflamatoria:  
Es la principal causa de salpingitis en gonocócica y en post parto.
- Anomalías congénitas:  
Se presenta la hipoplasia o agenesia de las trompas de Falopio.
- Cirugía tubárica:  
Se puede llegar a producir por cirugía de embarazo ectópico previo o en casos de infertilidad.
- Endometriosis

### **CAUSAS OVULARES:**

- Técnica de reproducción aislada:  
Se puede presentar como consecuencia de múltiples intentos de implantación e hiperestimulación ovárica.
- Hiper migración del huevo o cigoto

- Fijación precoz del huevo fecundado: Se puede producir por el desprendimiento precoz de la capa pelúcida o porque el cigoto madura muy rápido. (17)

## **FACTORES DE RIESGO**

Es importante considerar los siguientes factores de riesgo, los cuales son condicionantes ante un embarazo ectópico:

- Presentar embarazo ectópico previo
- Cirugía reconstructiva de la permeabilidad tubárica
- Consumo excesivo de tabaquismo.
- Antecedente de 3 o más abortos espontáneos
- Edad avanzada para presentar un embarazo (alrededor de los 40 años)
- Mujeres con múltiples parejas sexuales (más de 5)
- Obstrucción anatómica
- Motilidad tubárica anormal
- Concepción anormal de la madre
- Factores quimiotácticos que estimulan la implantación tubárica.

Dentro del embarazo ectópico inicial y subsecuente, tenemos a la patología tubárica que se presenta como vía inicial y subsecuente de la patología. Presentar un embarazo ectópico, genera una alta probabilidad de una futura infertilidad. Las causas más probables se desarrollan con las infecciones, entre otras causas tenemos anomalías congénitas, cirugía o incluso se presenta la endometriosis. De mismo modo, se presenta la salpingitis ístmica nodosa (SIN), la cual viene a ser una condición que se presenta cuando el endosalpinx crece

dentro del miometrio de los cuernos produciendo un divertículo ciego, donde el huevo o cigoto puede quedarse atrapado. Los miomas intrauterinos y la endometriosis tubárica, desencadenan obstrucciones simples, además de que la tercera parte de estos procesos de esterilización fallidos, más allá de la técnica que se utiliza da como resultado un embarazo ectópico. Los dispositivos intrauterinos (DIU) se demuestran ser los anticonceptivos con mayor efectividad. (18).

## CLASIFICACIÓN

Se puede presentar la siguiente clasificación en base al lugar de implantación del cigoto:

- **EMBARAZO TUBÀRICO:** Viene a ser el tipo más frecuente del embarazo ectópico, ya que se produce en más de un 95% de los casos, de los cuales se pueden subdividir en tres:
- **Ampollar:** Es el caso más común de la subdivisión, presentándose en un 75% de los casos, se desarrolla en la porción del tercio externo de la trompa de Falopio.
- **Ístmico:** Se presenta entre un 10 a 12% de los casos.
- **Intersticial:** El porcentaje de casos es entre el 2 a 3% y tiene lugar en la zona media de la trompa de Falopio; sin embargo, su ubicación se encuentra más cerca de la zona próxima del útero, por lo cual la detección correcta se desarrolla de manera más tardía. La única manera de lograr diagnosticar este tipo de embarazo es por una interpretación ultrasonográfica precisa.

- **EMBARAZO CERVICAL:** Este tipo de casos se presenta de manera muy poco usual y se le atribuye al uso de técnicas asistidas de reproducción, generando en su mayoría que estos embarazos finalicen en abortos.
- **EMBARAZO ABDOMINAL:** Se presenta entre un 2 a 2.5% de los casos, cuando el cigoto es implantado en la pared abdominal (peritoneo). Los antecedentes demuestran que en pocas ocasiones se puede llegar a presentar como un embarazo viable y si fuera el caso de lograr desarrollarse, el feto tendrá problemas orgánicos asociado a malformaciones congénitas.
- **EMBARAZO INTRAOVÀRICO:** Viene a ser el embarazo ectópico menos común con un % de incidencia, la cual, tiene una relación muy directa con el uso frecuente de dispositivos uterinos.
- **EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESÀREA:** Es uno de los embarazos más raro de todos teniendo una incidencia de 1 en 1800 casos, la cual consiste en la implantación del cigoto en el miometrio, en el zona de una incisión previa de embarazo, la cual genera complicaciones como una rotura uterina y hemorragia masiva, poniendo en riesgo la vida e implantación negativa para futuras ocasiones de fertilidad. (18)

## **DIAGNÓSTICO**

Para poder brindar un diagnóstico de embarazo ectópico, se debe de evidenciar los primeros síntomas de molestia, como el dolor abdominal o síntomas gastrointestinales, los cuales si se mantienen desencadenan amenorrea y sangrado vaginal. Algunos autores lo denominan como la triada clásica de: dolor pélvico o abdominal, sangrado anormal y masa anexial. En casos más graves se puede presentar un estado de shock y dolores de espalda o musculares.

### **DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO TRANSVAGINAL:**

Este examen de primera línea se enfoca en la visualización de la masa ectópica, demostrando que tiene mejores resultados que realizar un ultrasonido transabdominal, teniendo así mismo una confiabilidad que va del 88% a 90%.

### **CRITERIOS PARA DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO TUBÀRICO**

#### **ENDOMETRIO:**

No se presenta un grosor o apariencia específica que, dé soporte al diagnóstico, sin embargo, en más de un 20% de los casos, se evidencia agrupación de líquido en la cavidad endometrial, también llamada “pseudosaco”, sin embargo si se produce un área hipocóica en la cavidad endometrial es muy probable que sea presentado en un embarazo intrauterino, por lo cual el diagnóstico no solo debería basarse en esa conclusión, sino más bien seguir ahondando en la investigación.

#### **LÍQUIDO PÉLVICO:**

Se presencia una cantidad reducida de líquido libre anecoico en el saco de Douglas en las gestaciones ectópicas e intrauterinas, así mismo, se evidencia presencia de líquido ecogénico entre un 28% a 56%, teniendo relación con hallazgos quirúrgicos de un hemoperitoneo, pero sin terminar de confirmar una ruptura tubárica, debido a que la sangre normalmente se libera desde las fibras, pero un mayor y alarmante sangrado intraabdominal severo se da con la presencia de líquido en el espacio de Morrison entre las estructuras del hígado y el riñón.

### **EMBARAZO ECTÓPICO TUBÀRICO:**

Se presenta en el 60% de los casos, la cual viene a ser producto de una masa anexial homogénea no quística, siendo este uno de los criterios más efectivos al momento de basar un diagnóstico. En un 20% de estos casos llega a presentarse un saco gestacional extrauterino vacío, también conocido como el signo de la rosquilla; y en otro 20% ese saco puede contener un vitelino y/o un polo embrionario, la cual podría o no tener actividad cardiaca, utilizando las terminologías de “ectópico viable”, donde se aplica en casos de actividad cardiaca o “ectópico definido”, donde se observa que el saco vitelino y/o embrión con o sin actividad cardiaca y el “ectópico probable” se evidencia una estructura homogénea.

### **DIAGNOSTICO QUIRÚRGICO:**

Es reservado para los casos donde se presentan signos de shock hipovolémico, dolor abdominal agudo, además que se puede hacer en embarazos de localización desconocida que muestran síntomas. Antes se utilizaba la laparoscopia como ejercicio estándar, sin embargo, en la actualidad el realizarse ultrasonidos tienen mayor predicción, demostrando que también se pueden presentar falsos positivos incluso en operaciones quirúrgicas. (19)

### **TRATAMIENTO**

Los tratamientos más utilizados para mejorar la realidad de la paciente, es el médico y el quirúrgico. En pacientes que se logran estabilizar se les aplica el tratamiento médico, brindándole en la mayoría de casos metotrexato (MTX), la cual tiene una

efectividad muy positiva semejante a una opción quirúrgica. El metotrexato actúa como compuesto opuesto al ácido fólico, para evaluar la efectividad del tratamiento médico, se debe de realizar examen de  $\beta$ -hCG al cuarto y séptimo día posterior a la administración. Las pacientes al recibir este tratamiento, en su mayoría, sufren de dolor abdominal que se da entre el tercer o séptimo día, sin embargo, la incomodidad desaparece entre las 4 a 12 horas. (20).

Para considerar el tratamiento quirúrgico se debe de presentar los siguientes contextos:

- Diámetro mayor a 4cm de la gestación ectópica
- Niveles de  $\beta$ -hCG mayores a 5000 UI/L
- Fetocardia positiva
- Presencia de sangre libre en la cavidad peritoneal (hemoperitoneo) determinado por ecografía
- Embarazo heterotópica con uno de los sacos en la trompa
- Referencia de gestación ectópica homolateral tratado de manera conservadora
- Dificultad para monitoreo y seguimiento de la gestante
- Presencia de contraindicaciones para aplicar metotrexato.

La cirugía no invasiva utilizada con mayor frecuencia es la Salpingectomía laparoscópica en pacientes con trompa de Falopio contralateral saludable, sin embargo, si la otra trompa no presenta patología, se elige aplicar la Salpingostomía de esta forma continuar con la fertilidad de la paciente. En ambos casos se debe de mantener atentos al control de la  $\beta$ -hCG hasta que se evidencia que los valores han

descendido. Además, la intervención por laparotomía se considera a pacientes con presencia de adherencias múltiples las cuales compliquen el acceso a las trompas o cuando las condiciones hemodinámicas de la paciente lo contraindican. (21).

## **MANEJO**

El primer paso para desarrollar un adecuado manejo en un embarazo ectópico es identificar y corregir la hemorragia obstétrica producida, el tratamiento es basado en los 3 pilares, medidas generales, resucitación y control del sangrado, se pueden utilizar métodos no quirúrgicos y métodos quirúrgicos conservadores o radicales, según sea lo requerido por el paciente.

**Fármacos uterotónicos:** Dentro este grupo de fármacos tenemos a la oxitocina, ergometrina y prostaglandinas inyectables y combinaciones. Cuando la hemorragia no se detiene a pesar de las estrategias obstétricas, se tiene que realizar un masaje uterino bimanual, activar el código y clave roja. La OMS recomienda utilizar la oxitocina endovenosa como una droga de elección para reducir el sangrado postparto, sin brindar una dosis definida.

La ergometrina genera vasoconstricción y contracciones tetánicas del miometrio, se puede utilizar en paralelo con la oxitocina; sin embargo, este tipo de medicamento es contraindicado en gestantes que presentan hipertensión, preeclampsia, cardiopatías y en casos de que vengán recibiendo tratamiento de VIH con medicamentos inhibidores de proteasa, delavirdina o nevirapina.

El misoprostol se presenta como un complemento de la prostaglandina E1, su administración es vía sublingual, oral o rectal, la cual tiende a producir náuseas,



vómito, diarrea, cefalea, fiebre, entre otros. La administración vía oral es más rápida a diferencia de los otros medios, sin embargo, por la vía rectal demora más tiempo en hacer efecto para su duración es más prolongadas.

**Hemorragia que no responde a los fármacos uterotónicos:** Si los fármacos no brindan el soporte para reducir las dificultades presentadas, se debe empezar con una compresión bimanual, activar el código y clave roja. Si las medidas no llegan a resultar se tendrá que optar por medios quirúrgicos, entre los cuales tenemos la sutura compresiva del útero, embolización angiográfica, ligadura de vasos pélvicos e histerectomía.

**Lesiones del canal del parto:** Llegan a presentarse en el útero, el cuello uterino, la vagina y el perineo; este tipo de lesiones pueden ser desgarros en la piel, mucosa o escasa pérdida sanguínea hasta llegar a desgarros que llegan a ocasionar hemorragias o hematomas letales.

**Desgarros cérvico-uterinos:** Cuando se presentan desgarros alcanzando a medir entre 0.5cm a 2cm son habituales y se curan rápidamente, por otro lado, cuando los desgarros son mayores obligan a examinar el origen de la hemorragia, sea de tipo peritoneal, retroperitoneal, perforación uterina y rotura uterina, generando un estado de emergencia, realizando laparotomía exploratoria. (22)

## **CLAVE ROJA**

La clave roja es un método que se desarrolla en la atención de emergencias obstétricas, las cuales se hallan disponibles en los diversos centros de salud. Esta clave se desarrolló en el país por primera vez en la Región San Martín y con el paso

del tiempo fue llevada a todo el país por su alto nivel de eficacia y soporte en el área de emergencias, favoreciendo así a una oportuna respuesta de parte de los servicios brindados. (23).

### **ACTIVACIÓN DE LA CLAVE ROJA**

Todo miembro médico que esté en contacto con la gestante, la cual presenta la hemorragia, realiza la activación de la alarma o timbre. Los miembros del equipo son las personas con mayores habilidades y destrezas para poder detener de manera pronta y eficaz la hemorragia, este equipo está conformado por un coordinador, dos asistentes y un circulante.

- **COORDINADOR:**

La ubicación del coordinador es cerca a la pelvis, mayormente es el personal de salud con mayor capacidad y experiencia al momento de manejar la clave roja. Este miembro tiene un tiempo limitado para tomar las decisiones adecuadas en base al caso que se presente. Tiene como función principal organizar al equipo, llegar a clasificar el grado en la que se encuentra la gestante y su avance frente a las medidas tomadas, estudia las causas y el tratamiento, es quién decide el traslado o no de la gestante en base a la capacidad de resolución del problema que tiene la unidad.

- **ASISTENTE 1:**

Se encuentra ubicado a nivel de la cabeza del paciente, le explica al paciente los procedimientos que se realizarán, si es que se presentará, el asistente 1 posicionará la vía aérea en caso sea indispensable, brindará el oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros por cada minuto también podrá usar

una cánula nasal de 4 litros por minuto. Así mismo, es el encargado de tomar los signos vitales y medir la excreta urinaria, valorar el score mamá, llenar los formularios de clave roja, replantea el estado de la gestante luego de haber sido administrado los líquidos, ayuda en otras funciones que sean requeridas y evita que se presente una hipotermia en la paciente.

**- ASISTENTE 2:**

Se ubica a lado del paciente, cumple la función de apertura del kit rojo, permeabilizada dos vías venosas con catéter N°16 o N°18, realiza la toma de muestras de sangre en tubos de tapa roja, lila y celeste. Además, de realizar las órdenes de laboratorio, de darse casos de presencia de shock severo, es quien solicita dos unidades de glóbulos rojos O Rh-, administra los líquidos y medicamentos que el coordinador le pide y brinda soporte en los momentos necesarios.

**- CIRCULANTE:**

Su función es la de agilizar los documentos requeridos por parte de laboratorio o el banco de sangre, rotula las muestras sanguíneas, se encuentra al pendiente que las muestras se procesen de manera rápida y adecuada, busca a personal de apoyo si es que el coordinador se lo solicita, es el contacto directo entre la familia y el coordinador, activa la red para realizar alguna transferencia si es que el caso amerite. Así mismo, se encarga de llenar el formulario 053 si se necesitara.

Si el personal de ginecología y obstetricia tiene una adecuada capacitación del protocolo score mamá y claves obstétricas, ayudarán a controlar las dificultades que

se presenten en la paciente y pueda darse una pronta recuperación, disminuyendo la cantidad de pacientes que deben ingresar al área de UCI o al extremo de llegar a la muerte materna. (24).

#### **CONTENIDO DEL KIT ROJO:**

- Bolsa colectora de orina
- Dos bolsas retronasales de 2000ml.
- Un catéter urinario uretral N°14
- Tres cordones masculinos
- Dos cárgut de seda trenzada
- Una pinza foerster
- Equipo de sutura (3)
- Termómetro digital
- Cuatro jeringas de 1cc, 5cc, 10cc, 20cc (25).
- Mascarilla de oxígeno adulto
- Cánula binasal para adulto
- Equipo de venoclisis (2)
- Tubos de ensayo tapa roja, celeste y lilas (3 c/u)
- Formularios: pedidos de sangre, código rojo, pedido de laboratorio, algoritmos
- Apósito transparente
- Medicamentos: Oxitocina de 10 UI 5 amp, Misoprostol 200mg 4 tabl, Metalero metrina una ampolla, Lactato de Ringer 1000cc 3 fundas.
- Abocat N° 18 ó 16.
- Guantes Qx. 4 pares N° 7

- Catéter de infusión rápida
- Pulsioxímetro
- Tensiómetro (26).

### **¿EN QUÉ MOMENTO ACTIVAR UN CÓDIGO ROJO?**

Se define como la pérdida en las primeras 24 horas de un parto natural de 500ml de sangre o mayor de 1000ml de ser un parto por cesárea, o si es que se encuentra una presencia de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o por la necesidad de transfusión.

### **¿QUÉ CAUSANTES CONTRIBUYEN A QUE SE PRODUZCA LA MORBIMORTALIDAD EN UNA CLAVE ROJA?**

- **Demora** en administrar los líquidos intravenosos
- **Demora** en la administración de la sangre
- **Demora** en el transporte

Todas estas causas están relacionadas al factor tiempo, mientras más pronta sea la intervención y reducción de la hemorragia, mayor es el porcentaje a que la paciente se mantenga con vida. (27).

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1.- Objetivo:**

##### **2.1.1. Objetivo General**

Describir la atención brindada a una paciente de embarazo ectópico tubárico en establecimiento de salud de nivel II.

##### **2.1.2. Objetivos Específicos**

- Conocer cuáles son las complicaciones asociadas a un embarazo ectópico tubárico.
- Desarrollar una revisión del embarazo ectópico y manejo de clave roja.

#### **2.2.- Datos principales del Caso Clínico.**

##### **Historia Clínica de Emergencia**

**23 de abril 2020**

**15:20 horas**

Paciente acude por presentar dolor en abdomen y con marcada palidez, con examen de hemoglobina con diagnóstico de anemia severa hemoglobina 9.6 gr/dl.

Niega sangrado vaginal.

Niega alergias

Funciones vitales: 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca 119x', frecuencia

respiratoria 20x', peso 58 kg. Fascies:

pálida +++/+++

Abdomen blando no doloroso

Genitourinario: puño percusión lumbar negativa

Genitales externos: no sangrado vaginal

Tacto vaginal: útero +/- 6 cm

No se palpa anexo izquierdo Se

palpa anexo derecho de 4 x 3 mm

**Diagnóstico:**

- Descartar embarazo ectópico derecho complicado
- Anemia severa

Se solicita exámenes auxiliares y ecografía transvaginal y HCG cuantitativa

**Tratamiento:**

- Nada por vía oral
- Control de sangrado vaginal y funciones vitales
- Cloruro de sodio 9% 1000cc 500 al chorro luego 30 gotas por minuto
- Poligelina 500 cc a chorro
- Cefazolina 1 gramo endovenoso cada 8 horas

- Preparar para laparotomía exploratoria
- Sonda Foley permeable
- Depósito de sangre
- Dexametasona 4 gr. post transfusión

**16:00 horas**

Refieren sala de operaciones ocupada

**Informe ecográfico**

**23 de abril 2020**

Útero anteversoflexo de 62 mm x 34 mm endometrio 8.1 mm fondo de saco derecho líquido abundante.

Diagnóstico: embarazo ectópico derecho roto

**Exámen de laboratorio**

Leucocitos 12900 mm<sup>3</sup>

Abastoados 3%

Segmentados 68%

Eosinófilos 0%

Basófilos 0%

Linfocitos 29%

Monocitos 2%

Hematocrito 15%



Plaquetas 226000 mm<sup>3</sup>

**18:00 horas**

Paciente pasa a SOP con vía permeable con primera unidad de transfusión sanguínea luego de haber recibido dos frascos de poligelina.

**19:00 horas**

Frecuencia respiratoria 22x', presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 100x', temperatura 36.9°C. Post operada llega a hospitalización lúcida con dos vías permeables, se indica que se transfundieron 3 unidades de sangre.

Al examen:

Abdomen: dolor a la palpación, herida operatoria afrontados.

Genitales externos: poco sangrado

**Diagnóstico:**

- Laparotomía exploratoria
- Anemia severa en tratamiento
- Post hospitalización de tercera unidad de sangre

**19:00 horas**

Indicaciones:

- Activación de clave roja

- 01 frasco de cloruro de sodio 1000 cc endovenoso
- Solución poligénica 500 cc endovenoso a chorro
- Tramadol 50 mg PRN
- cefazolina 1 gramo endovenoso post Transfusión
- clorfenamina una ampolla endovenosa previo Transfusión
- ranitidina endovenosa (50mg) 8 horas
- metamizol endovenoso (1gr) cada 8 horas
- ácido tranexámico endovenoso (1gr) cada 12 horas

### **19:30 horas**

- Nada por vía oral
  - de funciones vitales
- Cloruro de sodio 9% 1000 cc
- Cefazolina 1 gramo cada 8 horas
- Metamizol endovenoso (500 mg) cada 8 horas
- Ranitidina endovenoso (50 mg) cada 8 horas
- Metoclopramida endovenoso (10 mg) cada 8 horas
- Metamizol endovenoso (1 gr) cada 8 horas
- Tramadol 50 mg prn a dolor
- Transfusión de 2 paquetes globulares

- Se solicita hemograma control a las 6 horas

**24 de abril 2020**

**00:30 horas**

Presión arterial 105/57 mmHg, frecuencia cardíaca 98x', frecuencia respiratoria 20x', temperatura 36.5°C.

Post laparotomía por salpingectomía derecha se transfunde tres paquetes globulares.

Piel: pálida.

Abdomen: blanco, herida operatoria apósito seco

Solicitar hematocrito 6 horas post transfusión

**01:00 horas**

Se transfunde cuarta unidad de sangre

Post operada se encuentra estable y tranquila.

Se brinda tratamiento indicado

**06:00 horas**

Presión arterial 97/62 mmHg, con frecuencia cardíaca 89x', frecuencia respiratoria 20x', temperatura 36.6°C.

Gestante post operada de salpingectomía derecha por embarazo ectópico.

A la evaluación paciente no refiere molestias, herida operatoria afrontada.

**Diagnóstico:**

Post operada por exploración quirúrgica del abdomen por salpingectomía por embarazo ectópico complicado.

**Indicaciones:**

Seguir con indicaciones médicas.

**08:00 horas**

Paciente post operada segundo día post laparotomía exploratoria por embarazo ectópico y salpingectomía derecha.

Al momento paciente presenta leve dolor en herida operatoria.

Niega antecedentes patológicos

Transferencia de 4 paquetes globulares

Antecedentes: G1P0010

**Al examen:**

Paciente lúcida, orientada en tiempo espacio y persona

Abdomen: No presenta resistencia a la presión, no doloroso a la palpación con apósitos secos

Genitourinario: Sonda foley permeable, diuresis 400cc

Genitales externos: no sangrado vaginal

**Diagnóstico:**

- Post operada de primer día por salpingectomía derecha por embarazo ectópico

**Plan:**

- Seguir indicación médica

**08:30 horas**

- Dieta líquida patita blanda a mediodía
- Idem

**11:00 horas**

- Se solicita hemograma completo
- Evaluar con resultados
- Transfusión 2 paquetes globulares

**16:30 horas**

Presión arterial 105/56 mmHg, frecuencia cardíaca 113 x', temperatura 38°C, saturación 95%.

Se insiste con sala de operaciones, se refiere qué sala está ocupada.

Paciente estable con un paquete globular en transfusión se coordina referencia hospital de Essalud.

**17:11 horas**

Presión arterial 104/66 mmHg, frecuencia cardíaca 93x', frecuencia respiratoria 26x'. Se acude a llamado de paciente que tiene dificultad para respirar.

Al examen presenta:

Fascies: palidez ++/+++.

Aparato respiratorio: ruido vesicular pasa bien a ambos campos pulmonares

Abdomen: No presenta resistencia a la presión, no doloroso

**Diagnóstico:**

- Post operada de embarazo ectópico
- Descartar neumonía basal derecha

**19:00 horas**

Presión arterial 99/56 mmHg, frecuencia respiratoria 20x', frecuencia cardíaca 96x'. Paciente pasó el turno de tarde estable, no refiere molestias, no se observa sangrado, no edemas.

Queda en observación.

**23:00 horas**

Paciente presenta dificultad respiratoria, se avisa a médico de guardia.

**23:20 horas**

Frecuencia cardíaca 94x', frecuencia respiratoria 26x', presión arterial 105/60 mmHg. Paciente refiere molestias es llevada a tomar radiografía.

**25 de abril 2020**

**02:20 horas**

Se acude a llamado del paciente que presenta dificultad para respirar, saturación de oxígeno 86%, se coloca tres litros de oxígeno.

Al examen:

Piel: palidez marcada

Abdomen: blando depresible, murmullo vesicular en tercio inferior

**Impresión diagnóstica:**

- Post operada de salpingectomía derecha
- Insuficiencia respiratoria aguda
- Descartar neumonía
- Anemia moderada

**Indicaciones:**

- Seguir indicaciones médicas.
- Dieta blanda y líquida
- Control de funciones vitales y saturación de oxígeno
- Oxígeno con cánula binasal
- Azitromicina de 500 mg vía oral STAT

**03:20 horas**

Paciente con síntomas de insuficiencia respiratoria aguda apoyada con oxigenoterapia con radiografía de tórax con signos de neumonía basal izquierda, al momento hemodinámicamente estable, con crépitos en tercio inferior del hemitórax izquierdo, no soplos.

**Diagnóstico:**

- Post operada de embarazo ectópico
- Neumonía aguda
- Anemia moderada

Paciente con antecedentes de alza térmica y dolor abdominal hace 3 días, niega contacto con pacientes positivos de COVID19, radiografía de tórax infiltrado intersticial bilateral, se indica la rotación de antibióticos y tomografía de tórax simple.

**03:30 horas**

Médico de guardia del servicio de medicina acude al llamado de interconsulta y se deja indicaciones en el servicio, saturación de oxígeno 97%.

**Indicaciones:**

- Continuar con indicaciones
- Hospitalizar en medicina
- Dieta blanda y líquida
- Vancomicina endovenoso (1 gr) cada 12 hrs
- Metamizol 1 gramo endovenoso condiciona la fiebre



- Se solicita tomografía de tórax
- Control de funciones vitales

**26 de abril 2020**

**08:00 horas**

Presión arterial 111/73 mmHg, frecuencia cardíaca 76x', frecuencia respiratoria 22x', temperatura de 37.7°C, nivel de saturación de oxígeno 93%.

Paciente, 30 años, pasa la noche tranquila sin episodios de disnea, ni hasta térmica, refiere e indigestión postprandial lo que le impide respirar con comodidad.

AREG; AREH; AREN.

Localizada en tiempo, espacio y persona.

Abdomen: herida operatoria en hemitórax derecho, no se ocultan crépitos.

Abdomen blando depresible, dolor a presión profunda en epigastrio.

Evolución favorable, tomografía de tórax con evidencia de derrame pleural en regular cantidad.

Se solicita hemograma de control.

**Diagnostico:**

- Derrame pleural leve
- Anemia moderada
- Post operada por embarazo ectópico.

**Indicaciones:**

- Dieta blanda manifiesta voluntad
- Omeprazol endovenoso (40 mg) cada 8 hrs
- Sucralfato 15 MI vía oral cada 8 hrs
- Furosemida endovenoso (40 mg) cada 12 hrs
- Se solicita hemograma completo e informe de tomografía

**26 de abril 2020**

Leucocitos 9600 mm<sup>3</sup>

Abastados 1%

Segmentados 68%

Eosinófilos 9%

Linfocitos 20%

Monocitos 2%

Hematocrito 30%

Basófilos 0%

Plaquetas 310000 mm<sup>3</sup>

**27 de abril 2020**

**11:30 horas**

Paciente con dificultad respiratoria por neumonía, con diagnóstico:

- Derrame pleural bilateral
- Anemia moderada post transfusión

- Post embarazo ectópico

Paciente refiere está tranquila.

Presión arterial 100/65 mmHg, frecuencia cardíaca 64x', frecuencia respiratoria 20x', temperatura 36.5°C, paciente presenta palidez, evolución favorable, con sangrado por fosa nasal izquierda que no se ha vuelto a presentar.

### **Exámenes de laboratorio**

Leucocitos 10400 mm<sup>3</sup>

Abastados 0%

Segmentados 73%

Eosinófilos 3%

Linfocitos 23%

Monocitos 1%

Hematocrito 34%

Basófilos 0%

Plaquetas 238000 mm<sup>3</sup>

Interconsulta con medicina interna, paciente de embarazo ectópico con hematocrito de 21%, con dificultad respiratoria, saturación de oxígeno 86% con dos o tres litros de oxígeno.

### **Evaluación de radiografía de tórax**

Un tercio de hemitórax presenta derrame, no presenta COVID19.

### **Impresión diagnóstica:**

- Neumonía basal izquierda
- Anemia moderada
- Se solicita seguir las indicaciones de manejo médico **Tratamiento:**
- Vancomicina endovenoso (1 gr) cada 12 horas
- Clindamicina endovenoso (600 mg) cada 6 horas
- Omeprazol endovenoso (40 mg) cada 8 horas
- Sucralfato 15 cc vía oral cada 8 horas
- Furosemida endovenoso (40 mg) cada 12 horas
- Metamizol 1 gramo endovenoso prn
- Paracetamol 500 mg cada 8 horas
- Hioscina endovenoso (20 mg ) cada 8 horas

Informe médico: paciente hace dos días con alza térmica y dolor abdominal, se hace diagnóstico de embarazo ectópico, ayer presencia de insuficiencia respiratoria, baja saturación de oxígeno, saturación de oxígeno 95% con 3 litros de oxígeno.

Ecografía indica infiltrado intersticial bilateral.

**Diagnóstico:**

- Neumonía
- Post operada de embarazo ectópico **Tratamiento:**
- Vancomicina endovenoso (1 gr) cada 12 horas
- Clindamicina endovenoso (600 mg ) cada 6 horas

- Oxígeno suplementario.

**28 de abril 2020**

**08:18 horas**

- Ídem

**29 de abril 2020**

**09:15 horas**

- Ídem
- Hioscina endovenosa cada 8 horas

**30 de abril 2020**

**08:15 horas**

- Reposo en ángulo de 30 grados
- Dieta blanda
- Control de sangrado vaginal
- Ídem

**12:50 horas**

Paciente no refiere molestias, no fiebre, ha terminado el tratamiento de vancomicina + clindamicina, hemodinámicamente estable, en condiciones de alta.

Se indica:

Clindamicina (300 mg) por vía oral cada 8 horas y consulta médica en 24 horas.

### **2.3. Discusión**

- Tal como lo indica Rivera C y et al. (5) en su revisión la mayor complicación que se produce en un embarazo ectópico tubárico es el sangrado abundante y una anemia aguda en la paciente, esto es similar a las características que mostró la paciente que se presentó en este caso clínico, asimismo también dado el diagnóstico se realizó una laparoscopia que en su mayoría de los casos tiene gran porcentaje de éxito y pocas complicaciones.
- A diferencia de lo mostrado por Matos H. et al (8) en la caracterización del embarazo ectópico que indica que el 78.3% de las pacientes presentaba dolor bajo el vientre y sangrado vaginal anormal, la paciente no presento sangrado vaginal y el dolor en el bajo vientre fue menor, la paciente tenía como principal característica la anemia moderada, lo que incrementaba los riesgos en el momento de la intervención.
- El manejo y trabajo de cada uno de los integrantes encargados de la atención es un punto a destacar pues se tuvo un resultado satisfactorio, aplicando los conocimientos y activando las claves de atención que permitieron garantizar la vida de la paciente, es por ello que el equipo de atención con eficiencia, eficacia es fundamental en el embarazo.
- Las claves de atención adecuadamente aplicadas y por un personal capacitado ayudan de manera sustancial en tener un resultado satisfactorio disminuyendo riesgos y sobretodo salvaguardando la vida de quienes se atienden aun en lugares alejados de lugares con capacidad de resolución.

### **2.4. Conclusiones**

La paciente recibió la atención dentro del establecimiento de salud de modo eficiente y adecuada que permitió salvaguardar su vida, en este caso era vital garantizar la vida de la paciente, debido a que esta llegó con un embarazo inviable; por ello la respuesta del equipo médico fue determinante, pues permitió la atención a través de una intervención quirúrgica poder restablecer la salud de la paciente.

Una de las complicaciones con mayor frecuencia del embarazo ectópico es la rotura del mismo, por ello la decisión de hacer una salpingectomía en muchos casos es una de las decisiones que debe tomarse, por ello es importante es hacer la referencia a un establecimiento que tenga la capacidad resolutive para hacerlo, pues de la rapidez de la decisión la vida de la paciente puede ponerse en riesgo.

El embarazo ectópico viene a ser una entidad de alto riesgo para lo cual debemos estar preparados adecuadamente, por ello debe evitarse las condiciones y factores que te condicionan a contraerlo, y una vez establecida actuar de la manera más oportuna, en este caso es importante la activación de clave roja en el momento oportuno y por el personal de salud capacitado.

## **2.5 Recomendaciones**

- Realizar un seguimiento adecuado a toda gestante durante el primer trimestre de la gestación, debido a que es la etapa en la que hay mayor riesgo que comprometan la vida del binomio madre niño.
- El profesional de salud debe recibir una adecuada capacitación que le permita actuar de manera diligente en cada caso y si se encuentra en un centro de baja resolución pueda activar rápidamente las claves de atención y hacer una adecuada referencia de la paciente.
- Debemos implementar los avances tecnológicos para poder hacer el seguimiento y referencia de las pacientes en casos de alto riesgo de modo que permitan brindar una mejor atención a nuestra paciente y por consiguiente salvaguardar su vida.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Benel-Chamaya, A, et al. "Embarazo ectópico intersticial: diagnóstico clínico y tratamiento." *Revista Peruana de investigacion materno perinatal* 8.1 (2019): 46-48. [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/articloe/view/143>
2. Almaguer, Y Bebert, Medina Fernandez M y Céspedes González W. "INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO. HOSPITAL GENERAL DE HUAMBO. ANGOLA. PERÍODO ENERO 2018 A ENERO 2019." (2019). [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en: <http://www.morfovvirtual2020.sld.cu/index.php/morfovvirtual/morfovvirtual2020/paper/viewFile/415/376>
3. Sivera Barco, M. "CASO CLINICO: HEMORRAGIA POST-PARTO: ATONIA UTERINA-ANDAHUAYLAS ENERO-JUNIO-2018." (2018). [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en: <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/374/1/SILVERO%20BARCO%20MARIBEL%20-%20CASO%20CLINICO%20HEMORRAGIA%20POST-%20PARTO%20ATONIA%20UTERINA-%20ANDAHUAYLAS%20ENERO-%20JUNIO-%202018.pdf>
4. Guzzo, Vanessa, SB y Sica N. "Cuatro años de experiencia en tratamiento médico del embarazo ectópico en el departamento de Paysandú." *Revista Médica del Uruguay* 37.1 (2021). [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en:

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v37n1/1688-0390-rmu-37-01-e201.pdf>

5. Rivera, C. et al. "Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario." *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 85.6 (2020): 697-708. [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v85n6/0717-7526-rchog-85-06-0697.pdf>
6. García Pumasunta, TC. "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de las hemorragias obstétricas-clave roja–MSP en estudiantes del posgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Católica del Ecuador sede Quito. Julio-septiembre 2020." (2020). [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/18340/5to%20pdf%20tesis%20concluida%20en%20formato%20pdf%20GARCIA.pdf?sequence=1&isAllo%20wed=y>
7. Martínez Romero, MB. "Prevalencia de embarazo ectópico en pacientes del Hospital General de Zona núm. 20 durante el año 2019." (2020). [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/13868>
8. Matos Quiala, HA, et al. "Caracterización de embarazo ectópico." *Revista Información Científica* 97.6 (2018): 1100-1110. [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n6/1028-9933-ric-97-06-1100.pdf>
9. Gonzales Montero, MP. "Embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva con antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria. Hospital Santa Rosa, 2016-2018."

(2020). [citado el 06 de junio 2022].

Disponible en:

<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6095>

10. Chipana Suasnabar, IE. "Factores de riesgo para embarazo ectópico." (2019).

[citado el 06 de junio 2022]. Disponible en:

<http://www.repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/981>

11. Bustinza Paulet, MA. "Embarazo ectópico en paciente multípara en Hospital II-1 Ilo, 2018." (2019). [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en:

<http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/701>

12. Palomino Zevallos, WZ. "Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte en el periodo Enero-diciembre del 2015." (2018). [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1412>

13. Rada Alvarado, YK. "Características sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico en pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del

hospital nacional Hipólito Unanue período 2016-2017, Lima-Perú." (2018).

[citado el 06 de junio 2022]. Disponible en:

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1725>

14. Moya Toneut, C, et al. "Embarazo ectópico ovárico." *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 45.1 (2019): 96-105. [citado el 06 de junio 2022].

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n1/1561-3062-gin-45-01-](http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n1/1561-3062-gin-45-01-96.pdf)

[96.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n1/1561-3062-gin-45-01-96.pdf)

15. Bertin, Fernanda, et al. "Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura." *Revista chilena*

*de obstetricia y ginecología* 84.1 (2019): 55-63. [citado el 06 de junio 2022].  
Disponible en:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n1/0717-7526-rchog-84-01-0055.pdf>

16. Liang, Huixian H, et al. "Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico." *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica* 9.1 (2019): 28-36. [citado el 06 de junio 2022].

Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr2019/ucr191d.pdf>

17. Baque Arteaga, JV. *Embarazo ectópico tubárico complicado con shock*. BS thesis. Babahoyo: UTB-FCS, 2020, 2020. [citado el 06 de junio 2022].

Disponible en:

<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8380/E-UTB-FCS-OBST-000227.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Macazana Ordoñez, Oriundo Vergara M. y Rivera Murillo SI. "EMBARAZO ECTÓPICO–HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO." (2020). [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en:

<http://repositorio.upica.edu.pe/handle/123456789/553>

19. Zeballos, Passara, FS. "Características epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019." (2020). [citado el

06 de junio 2022]. Disponible en:

[http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/15312/Cabana\\_Chile\\_Fre\\_y\\_Eduardo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/15312/Cabana_Chile_Fre_y_Eduardo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

20. Bertin, F. et al. "Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura." *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 84.1 (2019): 55-63. [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en:  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n1/0717-7526-rchog-84-01-0055.pdf>
21. Infanzón Escobar, Gladys. "Factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología de un hospital II-2 de Ayacucho, 2020." (2021). [citado el 06 de junio 2022]. Disponible en:  
[https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/4487/Glady\\_s\\_Trab\\_ajo\\_Especialidad\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/4487/Glady_s_Trab_ajo_Especialidad_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
22. Pérez Maldonado MP. "Cumplimiento del protocolo de manejo de la paciente con hemorragia obstétrica, Hospital Vicente Corral Moscoso, de enero a diciembre de 2018, Cuenca 2019." (2019). [citado el 09 de junio 2022]. Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32924/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
23. Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 1 (Modelo de intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2010. [citado el 09 de junio 2022]. Disponible en:  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138\\_DGSP275-1.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf)

24. Alvarado Solano TL y Beltrán Sánchez AC. *Estimación del nivel de conocimiento sobre el manejo de la clave roja obstétrica frente a una hemorragia post parto eutócico por parte del personal de salud en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra de Tena en el periodo diciembre 2018–mayo 2019*. BS thesis. Quito: UCE, 2019. [citado el 09 de junio 2022]. Disponible en:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/19581>
25. Calle, J., et al. "Score MAMÁ y claves obstétricas." *Quito: Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna. Ministerio de Salud Pública del Ecuador* (2017). [citado el 09 de junio 2022].
26. Zavala Sarmiento, MA y Vélez Cobeña CE. *Reducción de la morbimortalidad materna por acciones aplicadas según los códigos de urgencia, en el Servicio Gineco-Obstetrico del Hospital Matilde Hidalgo de Procel*. Diss. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia, 2018. [citado el 09 de junio 2022]. Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31706>
27. Acosta, ARS y Hernández Zambrano YC. "Claves de emergencia obstétrica en la hemorragia post parto." *Universidad y Sociedad* 14.S2 (2022): 445-449. [citado el 09 de junio 2022]. Disponible en:  
<https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2811>