



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL TITULO DE OBSTETRIZ**

TEMA:

**“EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO NO ACCIDENTADO EN PACIENTE
SECUNDIGESTA DE 17 AÑOS”**

AUTORA:

JENIFFER SONIA VERDEZOTO ARMIJOS

TUTORA:

OBST. LILIAN DEL ROSARIO MUÑOZ SOLORZANO, Msc

Babahoyo - Los Ríos - Ecuador

2018 - 2019



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



DECLARACIÓN DE AUTORIA

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora del caso clínico (dimensión practica) titulado:

“EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO NO ACCIDENTADO EN PACIENTE SECUNDIGESTA DE 17 AÑOS”

Doy fe que el uso de marcas inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizo en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

En la ciudad de Babahoyo a los 09 días del mes de abril del año 2019.

Autora

JENIFFER SONIA VERDEZOTO ARMIJOS

CI. 2300456213



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**OBST. ANA MARIA PASOS BAÑO, MSC
DECANA O DELEGADO (A)**

**DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR, MSC
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)**

**DR. DANNY GUERRERO ICAZA, MSC
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO**



**ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELÁ
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **OBST. LILIAN DEL ROSARIO MUÑOZ SOLORZANO, Msc** en calidad de docente Tutor de la estudiante: **JENIFFER SONIA VERDEZOTO ARMIJOS** la misma que esta matriculada en la modalidad de Examen Complexivo (Dimensión Practica), con el tema: "**EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO NO ACCIDENTADO EN PACIENTE SECUNDIGESTA DE 17 AÑOS**", de la Carrera de **OBSTETRICIA** de la Escuela de Salud y Bienestar en la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación, el mismo que debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 09 días del mes de abril del año 2019.

OBST. LILIAN DEL ROSARIO MUÑOZ SOLORZANO, Msc

1203904378



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 09 de abril del 2019

CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION
EXAMEN COMPLEXIVO

Lcda. Fanny Suarez Camacho. Mgs
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION

En mi calidad de tutor de la señorita **JENIFFER SONIA VERDEZOTO ARMIJOS**,
en el caso clínico, entrego el certificado del sistema URKUND.

URKUND	
Documento	JENIFFER VERDEZOTO- EMBARAZO ECTOPICO.docx (D50332091)
Presentado	2019-04-07 23:47 (-05:00)
Presentado por	jeny1993@outlook.com.ar
Recibido	halvarado.utb@analysis.urkund.com
Mensaje	CASO CLINICO EMBARAZO ECTOPICO-JENIFFER VERDEZOTO Mostrar el mensaje completo 2% de estas 7 páginas, se componen de texto presente en 2 fuentes.

OBST. LILIAN DEL ROSARIO MUÑOZ SOLORZANO, MSc
CI. 1203904378

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a unas pocas personas pero que gracias a sus grandes esfuerzos y pequeños detalles lograron aportar mucho. Sobre todo, agradecida con Dios que sin su bendición no habría llegado hasta este momento.

A mis padres porque desde pequeña inculcaron en mí que siempre llegaría a obtener lo que me proponga si lo hago con esfuerzo y dedicación, pero sobre todo respetando la vida en general.

A mis hermanos por sus consejos y palabras de aliento que me ayudaron en este duro proceso.

A mi esposo esa persona que llegó a mi vida a cambiar de forma drástica todo, su apoyo su cariño su paciencia su confianza y sobre todo dejarme persistir en una de mis metas.

JENIFFER

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios ser maravilloso que me dio fuerza y fe para lograr lo que parecía imposible terminar.

A mis padres y esposo por haberme proporcionado el apoyo económico y moral para lograr uno de los objetivos que me he propuesto.

A la Universidad Técnica de Babahoyo por darme la oportunidad de formarme en sus aulas y ser una profesional.

A mi tutora, ya que sin su ayuda y conocimiento no hubiese sido posible realizar este trabajo.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me gustaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en todo este proceso.

Muchas gracias y que Dios los bendiga

JENIFFER

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO	VII
TITULO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
MARCO TEÓRICO.....	1
JUSTIFICACION.....	9
OBJETIVOS.....	10
OBJETIVOS GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
DATOS GENERALES.....	11
METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	11
ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTAY ANTECEDENTES.....	11
PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE (ANAMNESIS)...	12
EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	12
INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	13
FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.....	14
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	14
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	14
ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS.....	15
INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS.....	15
SEGUIMIENTO.....	16
OBSERVACIONES.....	18
CONCLUSIONES.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
ANEXOS.....	21

TITULO

**“EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO NO ACCIDENTADO EN PACIENTE
SECUNDIGESTA DE 17 AÑOS”**

RESUMEN

El embarazo ectópico es la emergencia que se presenta con más frecuencia durante el primer trimestre del embarazo. Es difícil diagnosticar un embarazo ectópico basándose únicamente en los antecedentes y los hallazgos del examen físico en un entorno comunitario. El embarazo ectópico debe descartarse en todas las mujeres sexualmente activas que presenten dolor abdominal y hemorragia combinadas con una prueba de embarazo positiva. El diagnóstico temprano se facilita mediante el uso de pruebas hormonales sensibles (gonadotropina coriónica humana), ecografía, laparoscopia diagnóstica y legrado del endometrio. Los tratamientos quirúrgicos y médicos modernos frecuentemente ayudan a preservar las trompas de Falopio involucradas y evitan la cirugía extensa. El metotrexato es una opción viable con un diagnóstico temprano confirmado y una condición clínicamente estable. El tratamiento quirúrgico, suele ser el más frecuente (salpingectomía total, anexectomía, ooforectomía, histerectomía) o conservador (salpingotomía y resección parcial de ovario y cuerno, entre otros).

Palabras Claves: Ectópico, metotrexato, anexectomía, ooforectomía.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is the emergency that occurs most often during the first trimester of pregnancy. It is difficult to diagnose an ectopic pregnancy based solely on the history and findings of the physical examination in a community setting. Ectopic pregnancy should be ruled out in all sexually active women with abdominal pain and bleeding combined with a positive pregnancy test. Early diagnosis is facilitated using sensitive hormone tests (human chorionic gonadotropin), ultrasound, diagnostic laparoscopy and endometrial curettage. Modern surgical and medical treatments often help preserve the fallopian tubes involved and prevent extensive surgery. Methotrexate is a viable option with an early diagnosis confirmed and a clinically stable condition. The surgical treatment is usually the most frequent (total salpingectomy, adnexectomy, oophorectomy, hysterectomy) or conservative (salpingotomy and partial resection of ovary and horn, among others).

Key words: Ectopic, methotrexate, adnexectomy, oophorectomy

INTRODUCCIÓN

Cada año, aproximadamente 3 millones de mujeres son diagnosticadas con un embarazo ectópico, en el Ecuador 4% de las pacientes presenta embarazo ectópico que corresponde al 15% a nivel mundial. El diagnóstico de embarazo ectópico puede ser difícil porque los síntomas de presentación son muy similares a los síntomas reportados por mujeres con abortos espontáneos y complicaciones de un embarazo intrauterino en curso. Dos de los síntomas más comunes que se superponen en estas tres condiciones son sangrado vaginal y dolor pélvico o abdominal. (CASANOVA, 2003)

El embarazo ectópico es una condición en la cual el ovulo fecundado se implanta fuera del útero. Estudios determinan que 10,8% de las muertes maternas están relacionadas con el embarazo ectópico roto durante el primer trimestre del embarazo. Las mujeres que presentan dolor y sangrado en el primer trimestre corren el riesgo de tener un embarazo ectópico. Si no es diagnosticado y tratado oportunamente, el embarazo ectópico puede producir rotura de trompa de Falopio debido a que se produce un estiramiento de la misma por el crecimiento del embarazo e inclusive terminando en una hemorragia intraperitoneal masiva. (PÉREZ, 2009)

Si se realiza un diagnóstico temprano del embarazo ectópico se puede actuar de manera oportuna logrando que las mujeres sean sometidas a tratamientos mínimamente invasivos preservando sus posibilidades reproductivas. (PÉREZ,2009)

MARCO TEÓRICO

El embarazo ectópico es una patología que ocurre cuando el ovulo fertilizado se implanta fuera del sitio normal (útero), generalmente en las trompas de Falopio por lo que se lo denomina embarazo ectópico tubárico, además puede implantarse en otros sitios como los ovarios o el abdomen.

Su incidencia es del 1/200-300 embarazos. Con el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida, en las últimas décadas, se ha registrado una tendencia al aumento en los países desarrollados. En EE. UU ha pasado del 4'5 al 19'7 por mil, entre 1970 a 1992, debido por una parte al desarrollo de las técnicas de detección precoz, y por otra, al aumento de prevalencia de los factores de riesgo entre la población. (ADDI, CUADRI Y NAVARRO, 2005)

En cuanto a la edad, afecta en el 48'2% a mujeres entre los 30-39 años y en el 36'8% entre los 20-29 años, representando las nulíparas el 34'4% y las multíparas el 23,6%.

Se piensa que se ha producido un incremento del embarazo ectópico en países en vías de desarrollo afectado más a las personas con un nivel socioeconómico bajo, debido a que se encuentran predispuestas a presentar infecciones por clamidia y gonorrea siendo estas las principales causantes de obstrucción de las trompas de Falopio. (MORALES & NAGUA, 2012)

CLASIFICACION

De acuerdo con el sitio de implantación:

- **Embarazo tubárico:** Es uno de los embarazos ectópicos más comunes se produce en un 98,3 % y se clasifica de acuerdo con el lugar donde se implante el ovulo fecundado en la trompa.
 - ✚ **Ampular:** Generalmente se localiza en el tercio externo de la trompa y su incidencia es de 79,6% es el más frecuente debido a que la ampolla es el punto de unión del ovulo y el espermatozoide.
 - ✚ **Istmico:** Se presenta en un 12,3% y el lugar de implantación es a nivel de la parte más estrecha de la trompa por lo que aumenta las probabilidades de que se produzca una ruptura.
 - ✚ **Intersticial:** La implantación del ovulo ocurre a nivel intramural o cornual es el menos frecuente con 1,9% ,sin embargo, cuando se produce puede llegar a causar hemorragia masiva ya que en esta porción de la trompa hay mucha vascularización.
 - ✚ **Fímbrico:** Su incidencia es de 6,2% y el dolor pélvico que genera se produce de manera tardía.
- **Embarazo abdominal:** Es una gestación ectópica rara que se asocia a un alto índice de mortalidad materna debido a que la implantación ocurre a nivel de alguna estructura abdominal, su incidencia es de 1,4% y está relacionado con técnicas de reproducción asistida.

- **Embarazo ovárico o intrafolicular:** Puede producirse en un 0,15 % a nivel del parénquima del ovario es sumamente raro y su diagnóstico oportuno evita que se produzca una hemorragia significativa .
- **Embarazo cervical:** Su implantación se produce a nivel del orificio cervical interno en un 0,15 % no se presentan con frecuencia.

De acuerdo con su comportamiento clínico:

- **Embarazo ectópico conservado o no roto:** Lo característico de este embarazo es que la sintomatología de la paciente su ser algo tenue y poco notoria acompañado de una estabilidad hemodinámica permitiendo realizar un manejo mínimamente invasivo.
- **Embarazo ectópico roto:** la paciente se encuentra hemodinamicamente inestable con signos de descompensación como sudoración excesiva , palidez marcada hipotensión y taquicardia lo que complica el cuadro clínico obtándo por un manejo quirúrgico par salvaguardar la vida de la paciente.

FACTORES DE RIESGO

Estudios han demostrado que se puede realizar un diagnóstico oportuno y veraz si se conoce más de cerca los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, como:

- **Daño en las trompas de Falopio:** ocasionado por cirugías tubáricas, pélvicas y abdominales previas, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria e infecciones genitales recurrentes.

- **Uso de tecnología de reproducción asistida:** se considerada en 2-5% la causante de embarazos extrauterinos.

- **Uso de métodos anticonceptivos:** como el dispositivo intrauterino y los que son a base de progesterona están asociados al desarrollo de un embarazo ectópico en 0,4 – 0,7% de las usuarias.

- **Tabaquismo:** se cree que el consumo de cigarrillo aumenta el riesgo de padecer un embarazo ectópico ya que ocasiona que la ovulación se retarde y altera la motilidad y microambiente de las trompas y útero.

- **Embarazos ectópicos previos:** el riesgo de volver a padecer una gestación ectópica es de aproximadamente 12,5%.

- **Edad:** estudios demuestran que la mayor incidencia de esta patología se presenta en mujeres con edades de 35 y 44 años.

- **Inicio de actividad sexual a temprana edad :** incrementa la probabilidad de presentar enfermedades de transmisión sexual dejando secuelas permanentes a nivel de las trompas.

DIAGNOSTICO

Toda mujer en edad reproductiva que presente cuadro clínico que se caracterice por dolor abdominal o pélvico intenso y metrorragias, debe sospecharse de un embarazo ectópico siempre y cuando los exámenes complementarios demuestren que la paciente no presenta dicha patología.

El desarrollo de nuevas técnicas sensibles de determinación de hormona gonadotropina coriónica humana y la ecografía transvaginal de alta resolución, han revolucionado el proceso diagnóstico y han permitido el diagnóstico temprano y preciso del embarazo ectópico, antes de dar sintomatología clínica. (ADDI, CUADRI Y NAVARRO, 2005)

- **Hormona gonadotropina coriónica humana:** En un embarazo ectópico generalmente se puede producir un menor incremento de hormona gonadotropina coriónica humana ya que en un embarazo normal esta suele aumentar cada 42 horas, esto sumado a un resultado ecográfico que demuestre que no hay presencia de saco gestacional en útero nos orienta y permite establecer un diagnóstico más claro.
- **Ecografía transvaginal:** Es uno de los métodos más eficaces en la actualidad, permite diagnosticar el embarazo ectópico de forma más rápida con un 90,9% de sensibilidad y un 99,9 % de especificidad. La identificación positiva de una masa anexial no quística con ausencia de saco gestacional intraútero y presencia de fluido libre en fondo de saco de Douglas debido a son indicadores de que nos encontramos ante una gestación ectópica. (SIVALINGAM,2011)

- **Culdocentesis:** Es un procedimiento que consiste en la punción y aspiración del fondo de saco de Douglas, tiene utilidad cuando se sospecha presencia de sangre en la cavidad intraperitoneal. Si en el aspirado se obtiene sangre que no coagula, indica la existencia de hemorragia intraperitoneal, con un valor predictivo positivo del 80-95%. Si bien la causa más frecuente es el embarazo ectópico accidentado, no se excluye la posibilidad de un quiste ovárico roto, un quiste hemorrágico del cuerpo lúteo, un aborto incompleto o de una menstruación retrógrada. El índice de falsos positivos es del 5-10%. Con una culdocentesis positiva se puede proceder directamente a una laparotomía. Si en la culdocentesis se obtiene líquido peritoneal claro, la prueba es negativa pero no descarta la posibilidad un ectópico intacto. El índice de falsos positivos es del 10-15%. Por todo ello, actualmente la culdocentesis se reserva para circunstancias de urgencia, cuando no se puede realizar una ultrasonografía. (ADDI, CUADRI Y NAVARRO,2005)

- **Laparoscopia Diagnostica:** Si la punción del Douglas resulta negativa o no concluyente, la laparoscopia se considera el procedimiento ideal para diagnóstico definitivo del ectópico, y en ocasiones permite también su tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO

Existen tres tipos de tratamientos para el embarazo ectópico el quirúrgico ,el farmacológico y el expectante. De tal manera que es importante contar con una documentación clara de las estrategias de diagnóstico y manejo previo a la evolución de los reportes ecográficos y bioquímicos del paciente. Se debe

plantear un manejo individual de acuerdo con la estabilidad hemodinámica y los deseos genésicos de cada paciente. (SIVALINGAM,2011)

➤ **Tratamiento quirúrgico**

El método más recomendado según la diferente literatura es el laparoscópico siempre y cuando el estado clínico de la paciente sea estable, debido a que los tiempos quirúrgicos son más cortos , se produce menos pérdida de sangre intraoperatoria, estancias hospitalarias más cortas y menos requerimiento de analgesia. En caso de encontrarse ante una ruptura de trompa y un estado de shock el indicado seria la laparotomía ya que permite acceder de forma más rápida a la cavidad abdominal. (SIVALINGAM, 2011)

➤ **Tratamiento farmacológico**

A base de metrotexato intramuscular un antagonista del ácido fólico que actúa previniendo la proliferación de las células citotrofoblastos reduciendo la viabilidad celular y la secreción de hormona gonadotropina coriónica humana de esta manera disminuye el soporte de progesterona para el embarazo . Es el idóneo en pacientes con embarazos ectópicos que muestran una sintomatología mínima y que se encuentren con estabilidad hemodinámica. (SIVALINGAM,2011)

Hay que tener presente que existe la posibilidad de ruptura de la trompa de Falopio por lo tanto se debe mantener una vigilancia permanente por parte del personal de salud y colaboración al máximo por parte de la paciente.

Existen ciertos criterios que se debe cumplir para el uso del metrotexate:

- ✚ Estar dispuesto ha llevar un seguimiento controlado de hasta 6 semanas.
- ✚ Evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento.
- ✚ No encontrarse en estado de lactancia o si lo está suspenderla.
- ✚ Paciente debe estar hemodinamicamente estable y con dolor mínimo.
- ✚ En los hallazgos ecográficos debe observarse un embrión sin actividad cardiaca , una pequeña cantidad de líquido libre en fondo de saco de douglas.
- ✚ Concentraciones séricas de hormona gonadotropina coriónica humana < 3000 UI y hay más probabilidades de que le tratamiento se exitoso si los niveles son menores.

➤ **Tratamiento expectante**

Estudios determinan que tiene un porcentaje de éxito de 42% a 87% siempre y cuando los niveles de hormona gonadotropina coriónica humana inicial estén por debajo de los 1000 UI. Básicamente consiste en mantener al paciente bajo observacion esperando que el embarazo ectópico se resuelva espontáneamente mediante regresión o por aborto de la trompa. (SIVALINGAM, 2011)

JUSTIFICACION

La gestación ectópica es una condición de gran relevancia, en nuestro país es considerada una de las principales causas de mortalidad materna, ocupa el noveno lugar según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos con un porcentaje de 2.26%; lo que nos permite evidenciar que existen falencias a nivel de los diferentes establecimientos de salud al momento de diagnosticar esta patología.

A nivel mundial , el embarazo ectópico, es el causante del 5 y el 12 % de las muertes maternas, por lo tanto, se lo constituye un problema que no sea resuelto en su totalidad y así lo destacan las Organizaciones Mundiales de Salud.Su incidencia es variable de acuerdo con la geografía del lugar ,tomando en cuenta los diferentes factores de riesgo involucrados . Se considera que, si las pacientes con esta patología son tratadas con el tratamiento farmacológico, solo del 10 % al 18 % de los casos, se complican. Una mujer con previo embarazo ectópico tiene una probabilidad entre 50- 80 % de tener un subsecuente embarazo intrauterino, y un 10- 25% de probabilidad de un futuro embarazo ectópico.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL

- Determinar el manejo clínico de elección en un embarazo ectópico tubárico no accidentado en adolescente secundigesta nulípara de 17 años con infecciones vaginales recurrentes y deseos genésicos insatisfechos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar cuadro clínico de un embarazo ectópico tubárico no accidentado en adolescente secundigesta nulípara con infecciones vaginales recurrentes.
- Analizar el tratamiento clínico elegido en el caso del embarazo ectópico tubárico no accidentado en una adolescente secundigesta nulípara con deseos de preservar su salud reproductiva.

DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: NN

Edad: 17 años

Sexo: Femenino

Lugar de Procedencia: Salinas de Guaranda – Provincia de Bolívar

Estado Civil: Unión libre

Nivel de Estudio: Primaria

Etnia: Indígena

Ocupación: Agricultora

METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

Paciente de 17 años, nulípara, secundigesta acude por presentar dolor abdominal tipo cólico intermitente de moderada intensidad de aproximadamente 5 días de evolución.

- Antecedentes personales: infecciones vaginales a repetición (sin tratamiento).
- Antecedentes familiares: madre hipertensa.
- Antecedentes quirúrgicos: no refiere.

- Antecedentes gineco obstétricos: aborto incompleto instrumental hace 1 año.

Gesta: 1 Partos: 0 Aborto: 1

Menarquia: 12 años

Menacmia: eumenorreica

Dismenorrea: no refiere

Primera relación sexual: 15 años

Parejas sexuales: 1

Métodos de planificación familiar: anticonceptivos combinados inyectables.

Fecha de ultima menstruación: 03/ 10/2018

Alergias: no refiere

PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente femenina de 17 años nulípara secundigesta refiere cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal tipo cólico intermitente de moderada intensidad de 5 días de evolución localizado a nivel de fosa iliaca izquierda, se acompaña de amenorrea de aproximadamente 6 semanas por lo cual acude a centro de salud más cercano donde le realizan prueba de Hormona Gonadotropina coriónica humana en orina con resultado positivo le prescriben medicación para el dolor y la refieren al Hospital Alfredo Noboa Montenegro para realizarse examen ecográfico; al momento dolor abdominal persiste y se intensifica, motivo por el cual se decide su ingreso a esta casa de salud.

EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Paciente consciente, orientada, afebril, algica, diaforética, hipotensa.

- Constantes vitales: Tensión arterial 90/60mmHg; Frecuencia Cardiaca 110X'; Frecuencia respiratoria 26X'; saturación de oxígeno de 96%; Temperatura: 36.5 °C.
- Cabeza: normocefalica
- Cuello: simétrico sin adenopatías
- Tórax: simétrico, expansible
- Abdomen: suave, depresible, a la palpación abdominopélvico dolor agudo intenso a la digito presión a nivel de fosa iliaca izquierda.
- Región genital: a la especuloscopia sangrado transvaginal leve rojo oscuro. Al tacto vaginal dolor intenso a la lateralización del cérvix.
- Extremidades: simétricas, no se observa edema.

INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

- **Biometría Hemática completa:**
Hemoglobina: 12,8
Hematocrito: 37%
Volumen Corpuscular Medio: 84
Hemoglobina Corpuscular Media: 26,3
Plaquetas: 369.000
Leucocitos: 14.000 (linfocitos: 19%; eosinofilos:1%; segmentados 80%)
Grupo Sanguíneo: O
Factor RH: Positivo
Tiempo de Protombina:11,5
Tiempo de Tromboplastina Parcial: 25.0
- **Química Sanguínea:**
Glucosa: 93,5 mg/dl
Urea: 27.6 mg/dl
Creatinina: 0,68 mg/dl
- **Serología:**

Virus de Inmunodeficiencia Humana: No reactivo

VDRL: No reactivo

○ **Hormona Gonadotropina coriónica humana en orina (cualitativa):**

Positivo

○ **Hormona Gonadotropina coriónica humana en sangre(cuantitativa):**

1.528.6 mUI/ml = corresponde a 6 semanas de gestación

○ **Ecografía Transvaginal:** Reporta

Útero: en anteversoflexion.

Diámetros: longitudinal: 7.5 cm, anteroposterior: 5cm, transverso: 3cm.

Endometrio: hiperecogénico, engrosado de 1.58cm.

Ovario derecho: visible de 2.1 x 1.9 con presencia de pequeños folículos quísticos.

Ovario izquierdo: se observa imagen parauterina izquierda de aspecto heterogéneo de 3.4x2.5x2.9 cm con presencia de imagen anecoica de pequeño tamaño de bordes irregulares sugestiva de pseudosaco.

Fondo de saco: con escaso líquido libre en cavidad.

FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

- Amenaza de aborto
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria
- Embarazo ectópico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Apendicitis aguda
- Torsión de quiste ovárico
- Cuerpo lúteo hemorrágico

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

En el caso de un embarazo ectópico uno de los factores determinantes es la localización sumada a la edad gestacional, la sintomatología y capacidad resolutive del establecimiento de salud donde acude la paciente. Los antecedentes patológicos personales de infecciones vaginales recurrentes, antecedentes gineco obstétricos como inicio de actividad sexual a temprana edad, pareja actual promiscua, no registra reportes de Papanicolau y aborto previo hace un año y uso inadecuado de métodos anticonceptivos juegan un papel importante en el desencadenamiento de esta patología que sobrepone un riesgo reproductivo a futuro.

Uno de los métodos más utilizados por especialistas en el establecimiento de salud suele ser la salpingectomía mediante laparotomía exploratoria ya que no se cuenta con los equipos y los médicos especialistas para realizar procedimientos mediante la vía laparoscópica, a pesar de que el hospital posee el tratamiento farmacológico no se hace uso de este porque requiere de seguimiento controlado y al no haber predisposición por parte de las usuarias procuran evitar complicaciones de esta patología

INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

En un embarazo de 6 semanas de gestación las características fisiológicas es presencia de saco gestacional de 2 a 4 mm de localización intrauterina implantado en el fondo del útero, en el rastreo ecográfico transvaginal debería localizarse embrión vivo caracterizado por la presencia de frecuencia cardíaca fetal, los signos locales de Chadwick y Hegar positivos y síntomas maternos característicos como: amenorrea secundaria, dispepsias, estreñimientos, vómito matutino, hipotensión postural entre otros. Lo indicado en este caso es la aplicación del test de hormona gonadotropina coriónica humana cualitativo positivo y cuantitativo 1.080-56.500mIU/ml.

Cualquier rango por fuera de lo esperado como fisiológico determina acciones específicas ligadas al estado general de la usuaria: al aplicar el test de hormona gonadotropina coriónica humana en orina que revela embarazo da la pauta para la referencia de la unidad de primer nivel al segundo nivel por requerimiento de estudio ecográfico que oriente el diagnóstico, al realizar la especuloscopia se evidencia ligero sangrado transcervical, dolor a la lateralización del cérvix, el reporte ecográfico describe la ausencia de saco gestacional intrauterino y presencia un pseudosaco gestacional ubicado en la trompa izquierda compatible con un embarazo ectópico tubárico no accidentado. Se procedió a ingresar paciente para valoración por especialista de turno.

SEGUIMIENTO

Se valora a paciente con resultados de laboratorio y estudio ecográfico, diagnosticando embarazo ectópico izquierdo y se indica preparar paciente para ingreso a quirófano para resolución quirúrgica mediante laparotomía exploratoria+salpingectomía.

Paciente ingresa a quirófano para ser valorada por anestesiólogo de turno y preparar para procedimiento quirúrgico que inicia a las 16.00 y finaliza 16:35

Durante el procedimiento operatorio:

- Se realiza asepsia y antisepsia
- Colocación de campos estériles
- Diuresis descrita
- Identificación, corte y apertura de aponeurosis
- Divulsión de rectos anteriores
- Identificación, pinzamiento, corte y apertura de peritoneo parietal
- Exposición de campo operatorio con valvas
- Identificación, localización de embarazo ectópico en trompa izquierda
- Extracción de ectópico con salpingectomía izquierda
- Control de hemostasia

Obteniendo los siguientes hallazgos:

- Útero pequeño
- Anexo derecho se evidencia dos quistes de 1 y 2 cm simples, ovario normal.
- Anexo izquierdo se evidencia embarazo ectópico tubárico izquierdo.
- Sangrado aproximado 100 ml

Paciente permanece en sala de recuperación durante dos horas sin ninguna complicación con signos vitales estables, pasa al servicio de ginecología-obstetricia para permanecer bajo observación y cuidados del personal de salud de esta área, se le administra solución salina al 0.9%, además de medicación intravenosa que incluye cefazolina 1 gr cd/6 horas, ketorolaco 60 mg cd/8 horas.

Usuaría evoluciona favorablemente por lo que decide el alta médica y se envía medicación a domicilio cefalexina 500 mg cd/6 horas por 7 días, ibuprofeno 400 mg cd/ 8 horas a pesar de que brinda consejería en planificación familiar donde se da a conocer los diferentes métodos anticonceptivos, ventajas y desventajas paciente no desea hacer uso de ellos.

OBSERVACIONES

Paciente no descompensada, hemodinamicamente estable y mediante el examen ecográfico se evidencia trompa de Falopio no rota desde mi punto de vista ,médico especialista pudo contemplar un procedimiento quirúrgico menos invasivo y radical tomando en cuenta los antecedentes gineco obstétricos y el deseo reproductivo de la usuaria.

Debido a que el embarazo ectópico ocurre principalmente como resultado de una patología de la trompa de Falopio, existe un riesgo sustancial de recurrencia, tanto en un sitio del trompa operado previamente como en el tubo contralateral en las pacientes sometidas a salpingectomía. Existe un riesgo de aproximadamente 10% de que las pacientes vuelvan a presentar un embarazo ectópico recurrente cuando son tratadas con metrotexato y sometidas a una salpingectomía.

La permeabilidad tubárica después del tratamiento con metotrexato se evalúa mejor con histerosalpingografía, y esto se ha comparado con la permeabilidad después de la cirugía conservadora. El resultado reproductivo después de un embarazo ectópico tratado previamente parece ser similar, ya sea que el

tratamiento haya sido farmacológico o con cirugía. Las mujeres que han tenido un embarazo ectópico previo deben ser vigiladas de cerca durante su próxima gestación para asegurarse que este sea intraútero.

CONCLUSIONES

En relación con la sintomatología del cuadro clínico y revisión bibliográfica, el tratamiento conservador es la primera línea de elección al considerar los antecedentes gineco - obstétricos y deseos genésicos de la usuaria en la preservación de la salud reproductiva en los próximos embarazos.

RECOMENDACIONES

La exposición frecuente a infecciones de transmisión sexual, que pueden terminar en patologías pélvicas y tubáricas, fundamentalmente la infección por Chlamydias (Trachomatis), el aborto previo, el uso inadecuado de anticonceptivos y el aparente descuido de la salud sexual y reproductiva son factores determinantes en la evolución del embarazo ectópico.

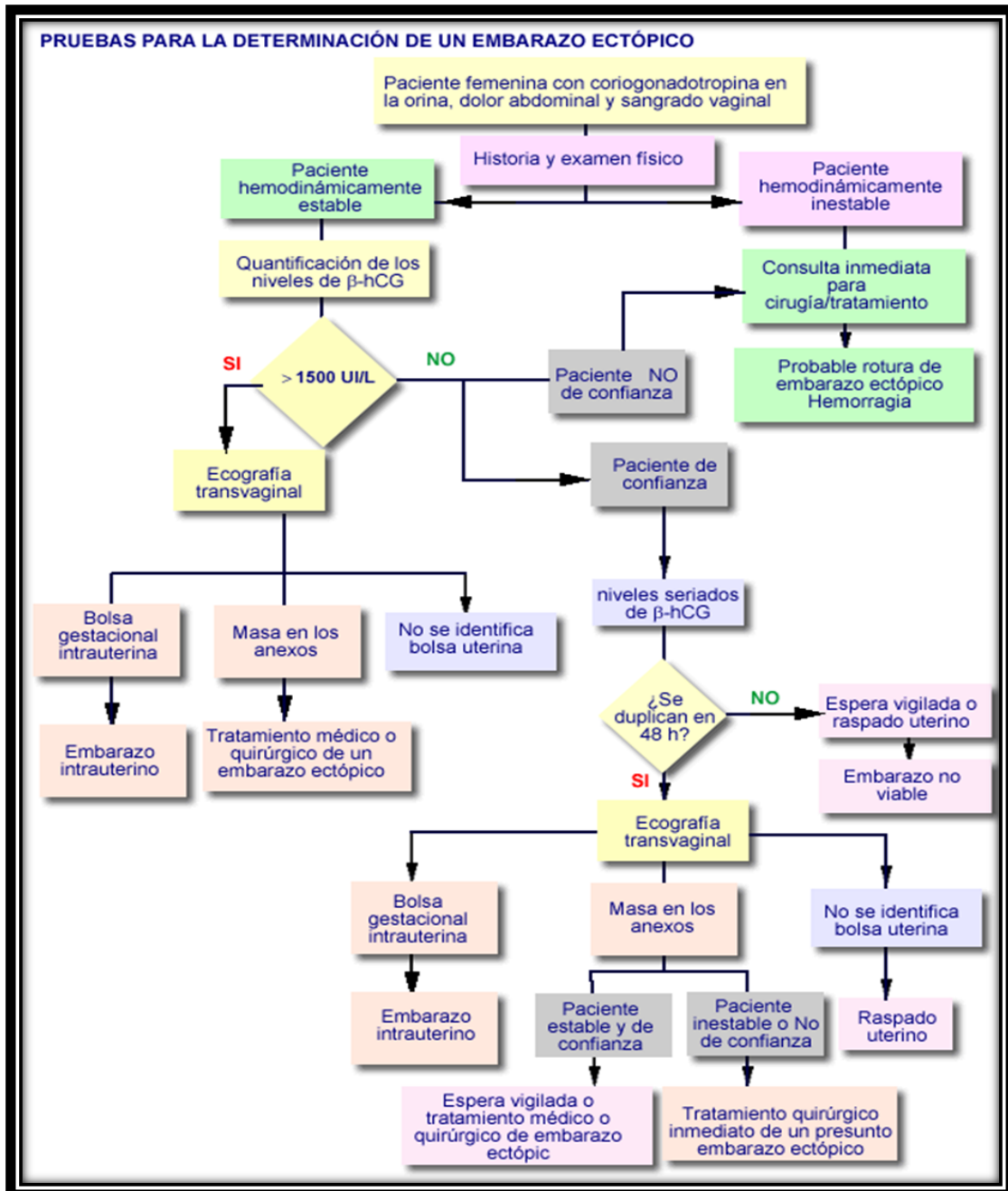
El tratamiento de elección en la preservación de la salud reproductiva de la futura madre es el metrotexato ya que es una modalidad de tratamiento médico conservador y eficaz que evita una intervención quirúrgica compleja que puede comprometer la fertilidad posterior. La desinformación en cuanto al cuidado de la salud sexual y reproductiva ligado a factores demográficos, culturales, sociales, económicos pueden ser determinantes en la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

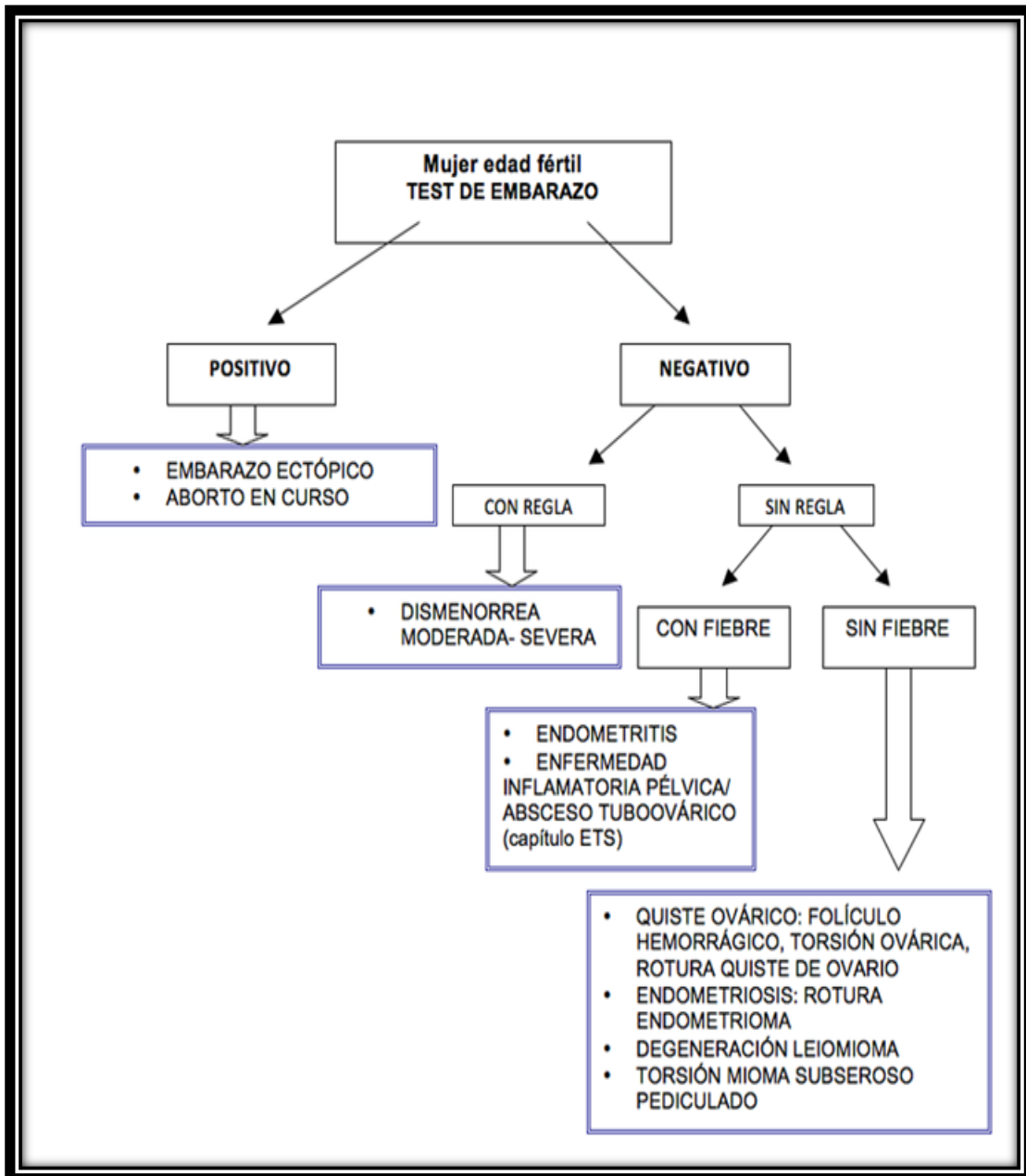
1. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico. Rev Cub Enfermer [serie e Internet]. 2003 [citado 17 May 2008];19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864031920030003000003&lng=es&nrm=iso
2. Centro de Salud y Educación de la Mujer (6 de agosto del 2009) Recuperado de <http://www.womenshealthsection.com/content/obs/obs024.php3>
3. Morales Zambrano, C. Y Nagua Blanca, D. (2014). Características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el periodo 2008-2012 (Tesis Doctoral)
4. R. Schwarcz, R. H. Fescina y C. A. Duverges, Obstetricia, 6 ed., Editorial El Ateneo, 2005, pp. 215 – 220
5. G. Cunningham, K. Leveno, S. Bloom, J. Hauth, D. Rouse y C. Spong, Williams Obstetricia, 23 ed., McGraw-Hill, 2011, pp. 28 - 29, 36 - 41.
6. C. Schippert y et al., «The risk of ectopic pregnancy following tubal reconstructive microsurgery and assisted reproductive technology procedures,» *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 285, nº 3, pp. 863-871, 2012.
7. V. Sivalingam, W. Duncan, E. Kirk, S. Lucy y A. Horne, «Diagnosis and management of ectopic pregnancy.,» *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*, vol. 37, nº 4, pp. 231 - 240, 2011.
8. J. Shaw, S. Dey, H. Critchley y A. Horne, «Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy,» *Human Reproduction Update*, vol. 16, nº 4, pp. 432 - 444, 2010.
9. A. Pérez Sánchez, Obstetricia, 4 ed., Mediterraneo, 2011, pp. 511 - 529.
10. X. Molina, J. Narváez, J. Ñauta, M. Rodríguez y B. Vega, Normas en Obstetricia, 1 ed., Universidad de Cuenca, 2008, pp. 81 - 88.

ANEXOS

CUADRO N.- 1



CUADRO N.-2





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019
 CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 09-04-2019

REGISTRO DE TUTORIAS DEL COMPONENTE PRACTICO EXAMEN COMPLEXIVO (DIMENSION PRACTICA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: OBST. LILIAN DEL ROSARIO MUÑOZ SOLORZANO FIRMA DOCENTE: *Liliana Muñoz*

TEMA DEL PROYECTO: "EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO NO ACCIDENTADO EN PACIENTE SECUNDIGESTA DE 17 AÑOS"

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: JENIFFER SONIA VERDEZOTO ARMUJOS

CARRERA: OBSTETRICIA

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN		Pag. No.
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	
1 Hora	27/12/2018	Elaboración de Justificación de Caso Clínico	✓		10%	<i>Liliana Muñoz</i>	<i>Jeniffer Verdezoto</i>	
1 Hora	04/01/2019	PlanTEAMIC y Analisis de Objetivos general y Espec.	✓		20%	<i>Liliana Muñoz</i>	<i>Jeniffer Verdezoto</i>	
1 Hora	09/01/2019	Búsqueda de literatura para elaboración de Introducción	✓		30%	<i>Liliana Muñoz</i>	<i>Jeniffer Verdezoto</i>	
1 Hora	16/01/2019	Elaboración de Marco Teórico	✓		35%	<i>Liliana Muñoz</i>	<i>Jeniffer Verdezoto</i>	
1 Hora	23/01/2019	Análisis de Anamnesis, Antecedentes y Examen	✓		40%	<i>Liliana Muñoz</i>	<i>Jeniffer Verdezoto</i>	
1 Hora	29/01/2019	Formulación de Diagnóstico Presuntivo, Diferencial y Definitivo	✓		50%	<i>Liliana Muñoz</i>	<i>Jeniffer Verdezoto</i>	
1 Hora	13/02/2019	Análisis y Descripción de los conductos que determinan parto	✓		60%	<i>Liliana Muñoz</i>	<i>Jeniffer Verdezoto</i>	
1 Hora	20/02/2019	Indicaciones de los Razones Científicas de parto	✓		65%	<i>Liliana Muñoz</i>	<i>Jeniffer Verdezoto</i>	
1 Hora	13/03/2019	Análisis del Seguimiento del caso Clínico	✓		70%	<i>Liliana Muñoz</i>	<i>Jeniffer Verdezoto</i>	
1 Hora	21/03/2019	Elaboración de Observación y Conclusión	✓		80%	<i>Liliana Muñoz</i>	<i>Jeniffer Verdezoto</i>	
1 Hora	27/03/2019	Realización de Agradecimiento y Referencias	✓		90%	<i>Liliana Muñoz</i>	<i>Jeniffer Verdezoto</i>	
1 Hora	02/04/2019	Revisión de últimos Correcciones	✓		100%	<i>Liliana Muñoz</i>	<i>Jeniffer Verdezoto</i>	

Liliana Muñoz
 OBST. LILIAN MUÑOZ

Jeniffer Verdezoto
 JENIFFER SONIA VERDEZOTO ARMUJOS

COORDINADORA DE TITULACION
 CI: 2300456213