



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD ESCUELA
DE OBSTÉTRICA



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetrix**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA DE 37 AÑOS DE EDAD CON
EMBARAZO DE 7 SEMANAS ECTOPICO OVARICO**

AUTOR

MARIA DEL CISNE ARIAS VELOZ

TUTOR

DR. ANDRES FERNANDO ESCUDERO CASTRO

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador



INDICE

I. AGRADECIMIENTO	4
II. DEDICATORIA	5
III. TEMA	6
IV. RESUMEN	7
V. SUMMARY	8
VI. INTRODUCCIÓN	9
1 MARCO TEÓRICO	1
1.1 DEFINICIÓN	1
1.2 EL ÚTERO	1
1.3 LAS TROMPAS UTERINAS	1
1.4 EMBARAZO ECTÓPICO	2
1.5 EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO	3
1.6 ETIOLOGÍA	3
1.7 FACTORES DE RIESGO	4
1.8 FISIOPATOLOGÍA	5
1.9 CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO.	6
1.9.1 Embarazo ectópico no complicado	6
1.9.2 Embarazo ectópico complicado	6
1.10 SIGNOS Y SÍNTOMAS	7
1.11 DIAGNOSTICO	7
1.11.1 Ecografía	8
1.11.2 Laparotomía exploratoria	9
1.11.3 Determinación de la β -HCG (hormona Gonodatropina Coriónica Humana)	9
1.12 ANTIBIÓTICO TERAPIA	9
1.13 MANEJO DEL EE OVÁRICO	10
1.13.1 Manejo Expectante:	10
1.13.2 Manejo Medico:	10
1.13.3 Manejo Quirúrgico:	10



2	JUSTIFICACIÓN	12
3	OBJETIVOS.....	13
3.1	OBJETIVO GENERAL	13
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3.3	DATOS GENERALES.....	14
4	METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	14
4.1	ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	14
4.2	HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE.....	15
4.3	ANAMNESIS	15
4.4	EXAMEN FÍSICO.....	16
4.5	SIGNOS VITALES:	17
4.6	INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	17
4.7	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	18
4.8	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	19
4.9	INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	20
4.10	SEGUIMIENTO.....	20
4.11	OBSERVACIONES.....	21
5	CONCLUSIONES.....	22
6	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
7	ANEXOS.....	25



I. AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por guiarme por buen camino y así lograr alcanzar uno de mis objetivos.

Agradezco a mis Padres Jorge Arias y Olga Veloz por el apoyo que me han brindado por el esfuerzo diario que cada uno de ellos realizaron para que yo estudiara y pudiera llegar hasta este momento.

Agradezco a mi hermano, tía y prima quien de una u otra manera siempre han estado ahí con una palabra de aliento cuando más lo he necesitado

Agradezco a mi enamorado quien siempre estuvo conmigo en los momentos más difíciles a su familia quienes me ayudaron a seguir cuando más lo necesitaba,

Agradezco a mis compañeras con los cuales compartí momentos muy importantes, de la carrera, a cada uno de mis Docentes.

Agradezco a las Doctoras con las cuales rote durante mi internado ya que me brindaron todos sus conocimientos y la confianza necesaria para formarme como profesional.



II. DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios por ser pieza fundamental en mi vida, a mi familia y enamorado pues sin ellos no lo habría logrado pues cada uno de ellos han estado siempre ahí para mí cuando los he necesitado. Por cada una de sus palabras ya que el camino hasta aquí fue muy duro.

Gracias a ellos he superado cada una de las pruebas y obstáculos que han pasado por mi vida a lo largo de estos años.



III. TEMA

“CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA DE 37 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE 7 SEMANAS ECTOPICO OVARICO”



IV. RESUMEN

El embarazo ectópico es la anidación y desarrollo anormal del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial, esto es fuera del útero, de modo que es considerado un problema de salud, potencialmente grave, por las secuelas negativas que causa en el organismo de la mujer que lo padece, sino es diagnosticado a tiempo, pueden llegar a ser bastante graves e inclusive derivar en una muerte materna.

Múltiples condiciones de riesgo pueden ser causales de embarazos ectópicos. Los más importantes son el uso de dispositivo intrauterino, tabaquismo, embarazos ectópicos previos, procedimientos quirúrgicos tubáricos, edad, coito antes de los 18 años y promiscuidad.

El objetivo general del estudio de caso clínico es determinar las complicaciones del embarazo ectópico en multípara de 37 años de edad, por medio de la observación y recopilación de datos se procedió a la elección de una paciente con dicha patología, usando la metodología Diagnostica, la valoración de examen físico verificando sus sintomatologías, valorando los resultados de exámenes de laboratorio y ecografía pélvica y obstétrica, el cual proyecta un diagnóstico diferencial en el que se procedió a realizar un tratamiento quirúrgico.

Palabras Claves: Embarazo Ectópico, Complicaciones, Factores de Riesgo, Exámenes de laboratorio, Tratamiento quirúrgico.



V. SUMMARY

Ectopic pregnancy is the nesting and abnormal development of the fertilized egg outside the endometrial cavity, this is outside the uterus, so it is considered a potentially serious health problem, due to the negative consequences it causes in the woman's body that suffers from it, if it is not diagnosed in time, they can become quite serious and even lead to maternal death.

Multiple risk conditions can be the cause of ectopic pregnancies. The most important are intrauterine device use, smoking, previous ectopic pregnancies, tubal surgical procedures, age, intercourse before age 18, and promiscuity.

The general objective of the clinical case study is to determine the complications of ectopic pregnancy in a 37-year-old multiparous, through observation and data collection, a patient with said pathology was chosen, using the Diagnostic methodology, the Physical examination evaluation verifying his symptoms, evaluating the results of laboratory tests and pelvic and obstetric ultrasound, which projects a differential diagnosis in which surgical treatment was carried out.

Key Words: Ectopic Pregnancy, Complications, Risk Factors, Laboratory tests, Surgical treatment.



VI. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es definido como la implantación de un óvulo fecundado en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina normal. Es diagnosticado en el primer trimestre del embarazo, entre la sexta a la décima semana de gestación. (S.A. C. D., 2012)

La localización más frecuente ocurre a nivel tubárico; también se presenta a nivel cervical, intersticial, ovárico, en el epiplón, en vísceras abdominales y en astas uterinas rudimentarias. (NUREMBERG, 2015)

Las causas de un embarazo ectópico siguen siendo un reto en el campo de la investigación científica. Como causa principal se invoca la histológica de las trompas de Falopio, por desequilibrios hormonales, aberraciones de la motilidad tubárica, obstrucción y estrechez de la luz de la trompa, por deterioro en la función ciliar con consecuente alteración en el transporte del óvulo a su sitio de implantación. (SHANNON, 2012)

Anteriormente este embarazo causaba más muerte materna que ahora en la actualidad, esto se debe por el uso de dispositivos para el respectivo diagnóstico (ecografías, y β -HCG en sangre), y tratamientos. Cuando el embarazo es diagnosticado a tiempo se lo puede tratar por medio farmacológico (Metotrexato) sin causar consecuencias en la mujer, pero cuando no es diagnosticado a tiempo este embarazo puede acarrear consecuencias que podrían dejar secuelas en la mujer como la infertilidad, trauma psicológico y social. (MATAMOROS, 2011).



1 MARCO TEÓRICO

1.1 DEFINICIÓN

1.2 EL ÚTERO

Tiene la forma de una “Pera invertida”; se encuentra ubicado en la cavidad abdominal inferior, en la pelvis. Está formado por dos porciones, el cérvix y el cuello uterino, se halla fijado por medio de ligamentos, irrigada por la arteria uterina rama de la arteria iliaca interna (ECTOPICO., 2012).

1.3 LAS TROMPAS UTERINAS

También llamadas trompa de Falopio, se originan de la parte lateral del útero, tienen una longitud aproximada de 9-12 cm y se abre en la cavidad peritoneal en el mesosálpinx; su irrigación está dada por la anastomosis de las arterias uterinas y ováricas.

Está dividida en cuatro porciones:

- **Infundíbulo:** es la parte final y más ancha de la trompa que termina en prolongaciones digitiformes y se pone en contacto con el ovario y colabora en la transportación del ovulo.
- **Ampolla:** la parte más amplia y grande que se inicia en el extremo medial del infundíbulo.
- **Istmo:** es la parte más gruesa de la trompa que se encuentra en la entrada del cuerno del útero.
- **Porción uterina:** es la parte más corta que pasa la pared uterina y se abre en el útero.
- **Los ovarios:** Tienen forma de almendra, son pares y simétricos; poseen un diámetro longitudinal mayor de 3-5 cm y el transversal de 2-3 cm; se encuentran situado en la pelvis menor, con una localización cerca de las



paredes laterales del útero, y están suspendidos por el mesovario, el extremo distal del ovario vincula con la pared lateral de la pelvis, mediante el ligamento suspensorio del ovario (J, 1954).

1.4 EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico (EP) o embarazo extra uterino, hace referencia a la implantación del blastocisto fuera del endometrio de la cavidad uterina.

“La trompa de Falopio es el sitio dominante en la mayoría de los casos de embarazo ectópico. Aproximadamente, 75% de las muertes en el primer trimestre y 9% de todas las muertes relacionadas al embarazo son por embarazo ectópico” (R, 2013).

La etiología del EP es multifactorial, los mecanismos postulados incluyen:

- a) obstrucción anatómica.
- b) anomalías en la motilidad tubaria o función ciliar.
- c) producto de la concepción anormal.
- d) factores quimio táticos que estimulan implantación tubaria.

La triada de dolor, sangrado vaginal y amenorrea fue históricamente utilizada como diagnóstica de EP. Los síntomas de EP frecuentemente son inespecíficos y difíciles de diferenciar de otros procesos ginecológicos, gastrointestinales y urológicos (R, 2013).

Encontramos distintos lugares donde se produce el embarazo ectópico, dependiendo su localización toma su nombre; ovario, trayecto ovárico abdominal, trompa y útero.

- **Abdominal primitivo:** el huevo se implanta en la serosa abdominal en cuanto se fecunda
- Ectópico ovárico superficial o profundo
- Fimbrico, ampular, ístmico intersticial: si el huevo se fija a nivel de las trompas uterina
- **Cervical:** cuando su localización es a este nivel



1.5 EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO

Los embarazos ováricos comprenden el 0,15% de todos los embarazos y del 0,15% al 3% de las gestaciones ectópicas, con una incidencia de hasta 1/7.000 partos. Para el diagnóstico se requiere la presencia de tejido ovárico en la pared del tejido trofoblástico del saco gestacional (R, 2013).

El tratamiento de elección es la resección por vía laparoscópica del embarazo ectópico tratando de conservar el ovario, lo cual fue factible en 11 de 12 casos (92%) que se han informado recientemente (J, 1954).

Spiegelber establece los siguientes requisitos para hacer el diagnóstico del embarazo ovárico:

1. La trompa del lado afectado permanecerá intacta, incluyendo la fimbria.
2. El saco fetal ocupará la posición del ovario.
3. El saco fetal tiene que estar conectado con el útero por el ligamento útero-ovárico.
4. En la pared del saco tiene que encontrarse tejido ovárico indiscutible.

1.6 ETIOLOGÍA

Las causas de implantación anómala del óvulo fertilizado son enfermedades tubarias (anomalías congénitas, trastornos funcionales, consecuencias de cirugía tubaria y secuelas de padecimientos inflamatorios por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*); adherencias peritoneales con o sin inflamación activa (enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, embarazos ectópicos anteriores e intervenciones quirúrgicas previas); así como cualquier tipo de alteración del peritoneo.



Cambios en el medio hormonal pueden producir una alteración de estos mecanismos de transporte y llevar a un embarazo extrauterino.

El desarrollo embrionario precoz anormal a partir de un defecto cromosómico también puede dar lugar a una implantación ectópica. Un estudio analizó el cariotipo de embriones implantados ectópicamente demostrando una tasa de anomalía cromosómica semejante a la de gestaciones intrauterinas.

La pérdida precoz de la zona pelúcida (capa externa del ovocito que le rodea y protege durante sus primeros días de desarrollo) del embrión, puede producir una anidación temprana en la trompa, con el consiguiente embarazo extrauterino

Factores ovulares: aquellos que conducen a la:

- a) **Nidación precoz del huevo**, bien sea debido a huevos excesivamente pesados que maduran con rapidez y no pueden progresar, o al desprendimiento precoz de la capa pelúcida del huevo capacitando la implantación.
- b) **Transmigración:** se ha sugerido la posibilidad de la Hiper migración del huevo y su implantación en la trompa contralateral. En el 20% de los casos el cuerpo lúteo se encuentra en el ovario contralateral al de la implantación.

1.7 FACTORES DE RIESGO

Múltiples condiciones de riesgo pueden ser causales de embarazos ectópicos. Los más importantes son:

- **Uso de dispositivo intrauterino:** con cualquier método anticonceptivo, el número absoluto de embarazos ectópicos disminuye porque también disminuye el número de embarazos. Sin embargo, al fallar estos métodos el número relativo de embarazos ectópicos aumenta.



- **Tabaquismo:** un reciente meta-análisis muestra que el hábito de fumar cigarrillos incrementa significativamente el riesgo de embarazo ectópico tubárico. Sin embargo, la razón por la que sucede esto no está establecido.

- **Embarazos ectópicos previos:** después de un embarazo ectópico previo, existe aproximadamente un 10% de tener otro.

- **Procedimientos quirúrgicos tubáricos:** mujeres con antecedentes de cirugía tubárica ya sea esta para corregir la infecundidad o con fines de esterilización tienen mayor predisposición a un embarazo ectópico.

- **Edad:** Mientras mayor edad tenga la madre al momento del embarazo, mayor riesgo de embarazo ectópico.

- **Coito antes de los 18 años y promiscuidad:** si bien existe una mayor incidencia de embarazos ectópicos en mujeres mayores, existe también un número nada despreciable de adolescentes que se embarazan y presentan embarazos ectópicos.

1.8 FISIOPATOLOGÍA

El embarazo ectópico después de una ovulación y fertilización naturales se asocia con factores de riesgo que lesionan la trompa y alteran el transporte del embrión tales como la cirugía tubárica previa (incluyendo la esterilización), la salpingitis, el embarazo ectópico previo (como resultado del tratamiento quirúrgico o por persistencia del factor de riesgo original), la endometriosis, las anomalías congénitas de las trompas y las adherencias secundarias a intervenciones quirúrgicas sobre el útero, el ovario y otros órganos pélvicos o abdominales (S.A. C. D., 2012).

En el caso del embarazo ovárico, la implantación en el parénquima ovárico es una presentación rara (0,15%). Aunque el ovario puede adaptarse más fácilmente que la trompa al embarazo en crecimiento, lo más frecuente es que se produzca la rotura en



periodo temprano. Si bien los factores de riesgo para embarazo ectópico ovárico son similares a los del embarazo tubárico, el uso de DIU es especialmente frecuente (JANET, 2009).

1.9 CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO.

Para diferenciar los diferentes casos de EP, se ha creado diversas definiciones de acuerdo al lugar en que se ubica el blastocito:

1.9.1 Embarazo ectópico no complicado

se caracteriza por estabilidad hemodinámica y presencia de embarazo extrauterino; de sintomatología leve o inexistente en la mayoría de casos. Estos casos pueden reabsorberse espontáneamente y son candidatos a tratamiento clínico e incluso expectante (Vicens, 2013).

1.9.2 Embarazo ectópico complicado

se caracteriza por inestabilidad hemodinámica en diversa gama de presentación clínica según el grado de hemorragia. Entre las complicaciones más comunes que pmanifiestan son (Vicens, 2013):

- **Al aborto tubárico:** que se presenta entre la semana 6 y 12, de menor gravedad, en el que el peristaltismo tubárico expulsa al trofoblasto produciendo un sangrado moderado que generalmente cede espontáneamente. (Vicens, 2013)
- **La ruptura del embarazo ectópico:** que suele presentarse en gestaciones mayores a las 12 semanas, generalmente de ubicación tubárica por el crecimiento e invasión progresiva del trofoblasto que compromete la irrigación de la zona que lo aloja y sumada a la distensión de este órgano produce necrosis de su pared y posterior hemorragia que puede llegar a ser grave y comprometer la vida (Vicens, 2013)



1.10 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico, comúnmente se detectan dentro de las 6 a 8 semanas posteriores al último periodo de menstruación, pero pueden ocurrir mucho después, especialmente si el embarazo ectópico se encuentra en otra para que incluye el sitio intrauterino.

Basándonos en los riesgos que presentan la ruptura de un embarazo ectópico durante el tiempo de la presentación, se debe considerar como diagnóstico de embarazo ectópico en cualquier mujer en edad reproductiva con sangrado vaginal, o dolor abdominal que tenga las siguientes características; un embarazo, sin haber confirmado que el embarazo sea intrauterino y un posible embarazo desconocido especialmente si hay amenorrea mayor a 4 semanas, con hemorragia vaginal. (Taran FA, 2015)

“Una de las condiciones se puede presentar a la consulta una mujer que manifiesta inestabilidad hemodinámica y abdomen agudo sin explicación por otros diagnósticos” (Taran FA, 2015)

1.11 DIAGNOSTICO

Las manifestaciones clínicas de embarazo ectópico suelen diferir de mujer en mujer, especialmente si se acompaña de rotura de trompas. Debido a los nuevos avances en tecnología diagnóstica, estos embarazos suelen ser identificados antes de que se produzca rotura. A menudo, los síntomas y signos de un embarazo ectópico son sutiles e incluso inexistentes.

Debe sospecharse de embarazo ectópico en toda mujer con factores predisponentes que presente sangrado en el primer trimestre más los signos y síntomas ya descritos.

Existen distintas enfermedades que pueden tener sintomatología parecida al embarazo ectópico, hasta un embarazo normal nos puede confundir. Entre los



siguientes diferenciales tenemos patología del aparato reproductor femenino y otros órganos.

ENFERMERDADES DE SINTOMATOLOGIA COMUN

- 1. Endometritis**
- 2. Endometriosis**
- 3. Leiomioma en degeneración**
- 4. Salpingitis**
- 5. Absceso tuboovarico**
- 6. Torsión anexial**
- 7. Quiste del cuerpo amarillo**
- 8. Apendicitis**
- 9. Diverticulosis**
- 10. Linfadenitis mesentérica**
- 11. Cistitis**
- 12. Calculo renal**

Elaborado por: *María Arias Veloz*

1.11.1 Ecografía

Cuando las gestantes presentan embarazo ectópico abdominal es de vital importancia realizar el diagnóstico clínico oportuno, siendo la ecografía el recurso con bajo costo y una de las técnicas con mayor accesibilidad facilitando las respectivas imágenes con el fin de detectar la localización del embarazo en más del 90 % de los casos (Sá, 2016)



1.11.2 Laparotomía exploratoria

Bajo previo diagnóstico la cirugía laparoscópica o laparotomía exploratoria es la técnica estándar que permite salvar la vida del feto como también de la madre. Esta se efectúa solo si se realiza un análisis histopatológico por medio de microscopio para comprobar que los tejidos o células no se encuentren enfermos o muertos, ya que eso dificulta el proceso quirúrgico (Trejos, 2015).

1.11.3 Determinación de la β -HCG (hormona Gonodotropina Coriónica Humana)

La (HCG) en orina no es una prueba cuantitativa, pero con este método se puede confirmar un embarazo, por su sensibilidad a partir de la semana 8-14; aunque en el embarazo ectópico suele incrementar los falsos negativos.

La identificación cuantitativa de la subunidad β -HCG por el método de ELISA es necesaria en la etapa inicial en el que se sospecha un embarazo ectópico. Una sola prueba no nos garantiza un diagnóstico, motivo por el cual se recomienda una prueba seriada para saber si el embarazo es viable o no (J, 1954).

1.12 ANTIBIÓTICO TERAPIA

El tratamiento médico tiene por objetivo tratar de conservar la trompa funcional y evitar los riesgos y costos del tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico de elección más conocido y ampliamente usado es la administración sistémica de metotrexate. También se han utilizado localmente glucosa hiper osmolar, cloruro de potasio, metotrexate y prostaglandinas. Se requiere hospitalización de la paciente, evaluación clínica estricta y seguimiento con determinación semanal de la β HGC hasta que se encuentre 1,5 mg/dL.

El metotrexate se ha administrado en dosis única, dosis múltiples variables, o en inyección local. El esquema de dosis única consiste en administrar 50 mgrs de metotrexate de superficie corporal por vía intramuscular. El seguimiento se hace con determinaciones de β HCG realizadas el día de la administración del metotrexate y el 4º y el 7º días después de su administración (Bacarreza Villalba RF, 2018)



1.13 MANEJO DEL EE OVÁRICO

1.13.1 Manejo Expectante:

Los EE ováricos son altamente vascularizados, y si se permite que estos progresen, eventualmente ocurrirá la ruptura del saco gestacional, provocando una hemorragia intraperitoneal masiva. Por lo tanto, no se recomienda manejo expectante. (Rivera, Pomés, Díaz, Espinoza, & Zamboni, 2020)

1.13.2 Manejo Medico:

La laparoscopia exploratoria es la clave para realizar el diagnóstico de un EE ovárico, con lo que no sería factible aplicar un manejo medico previo. Debido al diagnóstico cada vez más precoz de EE ovárico, existen algunos reportes de uso exitoso de MTX, con indicaciones y contraindicaciones similares a las utilizadas en EE tubario.

Sin embargo, este éxito generalmente se debe al uso de procedimientos laparoscópicos previos, en donde el EE podría haber sido eliminado o destruido.

Dado el riesgo de hemorragia intraperitoneal masiva secundaria a la ruptura del saco gestacional, el manejo médico no se recomienda como primera línea, ya que la alta probabilidad de falla (hasta 70%) de este método permite la progresión del EE ovárico.

Solo se usa si, posterior al tratamiento quirúrgico, hay persistencia de trofoblasto con aumento de sus niveles de b-Hcg, o si la paciente tiene alto riesgo quirúrgico y cumple los siguientes criterios: tamaño < 35mm, ausencia de saco vitelino, LCF ausentes y niveles de B-hCG <3000-5000UI. (Rivera, Pomés, Díaz, Espinoza, & Zamboni, 2020)

1.13.3 Manejo Quirúrgico:

El manejo quirúrgico es de elección. Se prefiere el abordaje laparoscópico, y la realización de una resección en cuña ovárica, lo cual remueve el EE, preservando el



tejido ovárico sano. Esto es particularmente importante si la paciente desea preservar su fertilidad futura.

Series internacionales reportan pacientes manejadas con cirugía conservadora de manera exitosa (>90%), y embarazo posterior exitoso. Se sugiere realizar seguimiento de b-hCG hasta negativización de esta.

La ooforectomía laparoscópica se reserva para embarazos con gestación avanzada. En una paciente hemodinámicamente inestable es necesaria una laparotomía exploratoria de urgencia, procediendo a la extracción del EE mediante ooforectomía o salpingooforectomía. (Rivera, Pomés, Díaz, Espinoza, & Zamboni, 2020)



2 JUSTIFICACIÓN

Según la OMS la mortalidad asociada al embarazo ectópico ha disminuido en países desarrollados mas no de forma global, sin embargo, continúa ocupando la primera causa de muerte en el primer trimestre de la gestación. Un diagnostico precoz del embarazo ectópico resulta primordial para prevenir una hemorragia grave, causante del 90% de las muertes maternas.

Las complicaciones en el embarazo ectópico son variadas de acuerdo al tipo y ubicación, razón por la que acarrean consecuencias significativas tanto físicas como psicológicas en la mujer en estado de gestación.

El fin del presente caso clínico es determinar las complicaciones del embarazo ectópico, los factores de riesgo asociados al mismo, y los manejos adecuados, sabiendo que el índice de casos de embarazos ectópicos y las complicaciones que conllevan, se transforma en muertes maternas anualmente.



3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones del embarazo ectópico en multípara de 37 años de edad.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico.
- Identificar la complicación con mayor prevalencia en el embarazo ectópico.
- Explicar los tipos de manejos en el embarazo ectópico.



3.3 DATOS GENERALES

Nombres completos:	XX
Edad:	37 años
Sexo:	Femenino
Área de procedencia:	Rural
Estado civil:	Unión libre
Hijos:	2
Nivel de estudios:	Primaria
Nivel sociocultural/económico:	Bajo
Etnia:	Mestiza
Religión:	Católica
Ocupación:	Ama de casa
Cónyuge:	XX

Fuente: Historia clínica de la paciente

Elaborado por: María Arias Veloz

4 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

4.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 37 años de edad que acude a este centro de salud por presentar dolor en hipogastrio tipo cólico difuso de moderada a gran intensidad en fosa iliaca derecha con evolución +/- 12 horas que no cesa ni con medicamento.



4.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales	no refiere
Antecedentes patológicos familiares	no refiere
Antecedentes quirúrgicos	no refiere
Alergias	no refiere
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstétricos	
Menarquia	13 años
Inicio de vida sexual:	17 años
Parejas sexuales:	2
Gestas: 3	abortos: 1
Partos 2	cesáreas 0
Fecha de la última menstruación:	20 de Octubre del 2020

Fuente: Historial Clínica de la paciente

Elaborado por: Maria Arias Veloz

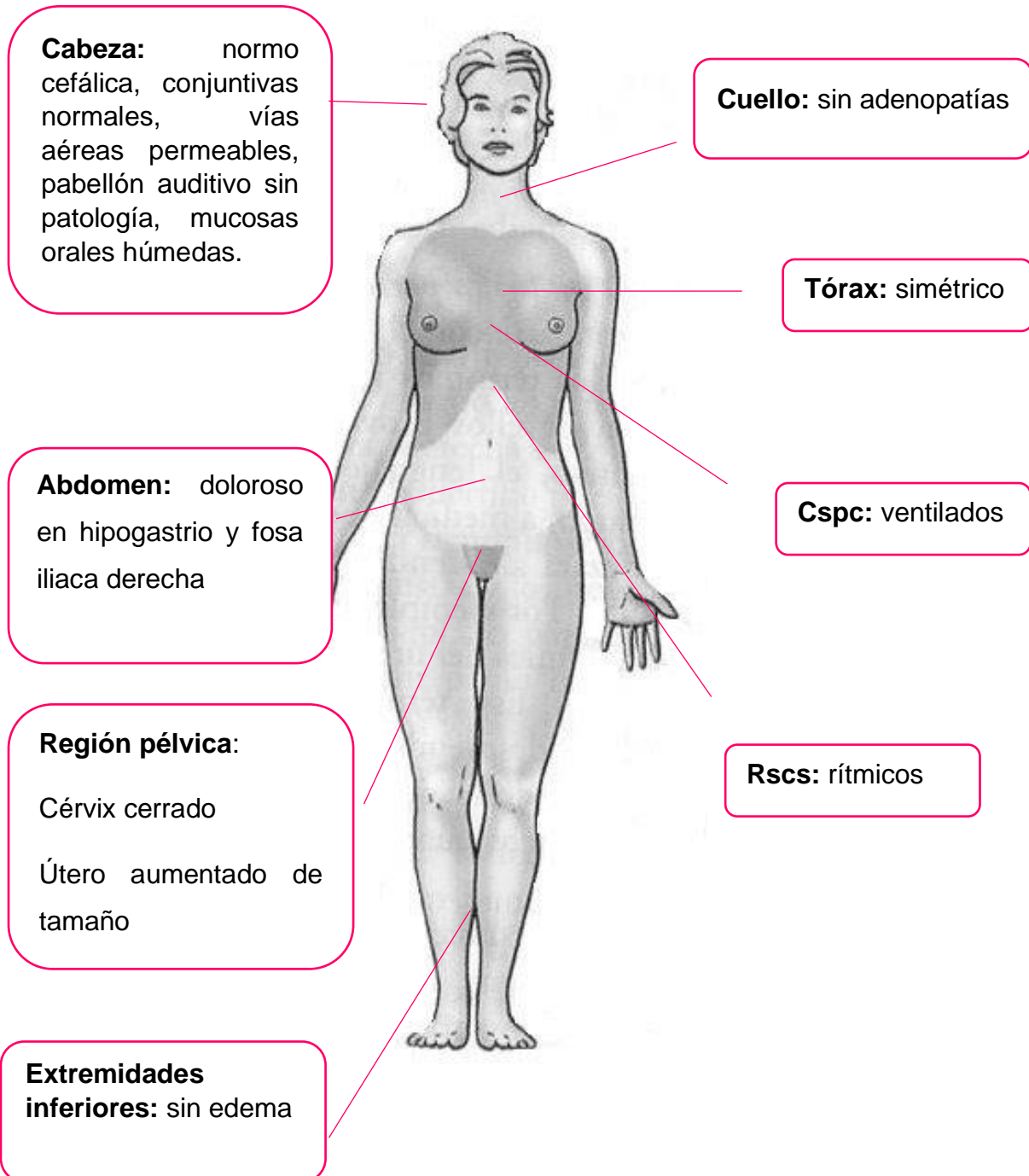
4.3 ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 37 años de edad que acude a este centro de salud por presentar dolor en hipogastrio de mayor intensidad en fosa iliaca derecha con evolución +/- 12 horas que no cesa con medicamento.

Paciente al momento orientada en tiempo espacio, hidratada afebril eupneica, cardiopulmonar conservada que colabora con el interrogatorio. Presenta un escala de Glasgow 15/15 y un SCORE MAMA de 0.

4.4 EXAMEN FÍSICO.

Se detalla de la exploración de la paciente en la siguiente figura:



Fuente: Paciente

Elaborado por: Maria Arias Veloz



4.5 SIGNOS VITALES:

Presión arterial:	125/73 mmgh
Frecuencia cardiaca:	82
Frecuencia respiratoria:	19
Saturación de oxígeno:	99%
Temperatura:	37.1
Proteinuria:	negativo
Estado de conciencia:	Alerta

Fuente: Historial Clínica de la paciente

Elaborado por: Maria Arias Veloz

4.6 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Exámenes de laboratorio 07/12/2020
Leucocitos: 12,71 x10
Neutrófilos: 67.70%
Linfocitos: 45.0%
Monocitos: 5.70%
Recuento de glóbulos rojos: 3.73x10
Hemoglobina: 11.40 g/dL
Hematocrito: 34.50%
Plaquetas: 436 x 10
Grupo-factor Rh: O +
VDRL: No reactivo
VIH: No reactivo



Sarv covid 2: Negativo

U.S Pélvico 07/12/2020

se obeserva imagen anecogenica en ovario derecho

Ovario derecho: 5 cm

Ovario izquierdo: 4 cm

Fondo de saco de Douglas con ligera presencia de liquido

ID: quistes de ovarios

U.S Abdominal 07/12/2020

Útero en anterversión, regular homogéneo, endometrio fino.

Masa compleja de ovario derecho con espacios quisteicos en su estructura, al igual que gran quiste en nivel de ovario izquierdo.

Ovario derecho: 5 cm

Ovario izquierdo: 4 cm

Fondo de saco de Douglas con ligera presencia de liquido

ID: embarazo ectópico

4.7 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Su metodología Diagnostica, se realiza examen físico verificando sus sintomatologías, más Ecografía Ginecológica para su confirmación de la patología.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Apendicitis



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Embarazo Ectópico + ovarios poliquísticos

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

Paciente de sexo femenino de 37 años de edad que acude a este centro de salud por presentar dolor en hipogastrio de mayor intensidad en fosa iliaca derecha con evolución +/- 12 horas que no cesa con medicamento. Paciente al momento orientada en tiempo espacio, hidratada afebril eupneica, cardiopulmonar conservada que colabora con el interrogatorio. Presenta una escala de Glasgow 15/15 y un SCORE MAMA de 0.

Paciente presenta como antecedentes de hábitos el tabaquismo y tres embarazos, dos partos y un aborto, en lo que certifica el origen de su actual patología por los factores de riesgo descritos. Por lo tanto, se realiza la valoración gineco-obstetrica, médico de guardia prescribe antibiótico terapia, se valora exámenes de laboratorio, Ecografía pélvica y obstétrica, paciente se prepara para ingresar al área de quirófano en el cual se procede a realizar una laparatomía exploratoria. Se indica solicitar 2 unidades de globulos rojos, ya que al abrir cavidad abdominal se evidencia embarazo ectópico derecho roto y quiste sangrante.

Se realiza ANEXETOMIA derecha y OMENTECTOMIA que se comprometió por quiste de ovario que comprometía ovario y trompa. Se extrae 1200cc de sangre libre en cavidad. No se presenta complicaciones quirúrgicas, paciente se prepara para postoperatorio donde queda en cuidados de enfermería para su observación.



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

El embarazo ectópico es aquel que ocurre fuera del lugar que corresponde, cuando el embrión se implanta en un lugar diferente a la cavidad endometrial, siendo el 98 % tubáricos y de ellos, el 60 % son ampulares, el 30 % ístmicos, el 5 % fímbrico, el 3 % intersticiales y el 2 % corresponde a otras localizaciones.

Esta anomalía es producto de: embarazos ectópicos previos, intervenciones quirúrgicas tubarias previas, adherencias peritoneales, factores ovulares, entre otras.

Tomando como ejemplo este caso, esta paciente presentaba signos y síntomas, por el cual se procedió a realizar la valoración gineco obstétrica, y valorar los resultados de exámenes de laboratorio y ecografía pélvica y obstétrica, el cual proyecta un diagnóstico diferencial de Ovarios poli quísticos, en el que se procedió a realizar un tratamiento quirúrgico (Laparatomía exploratoria) que durante el procedimiento se confirma un embarazo ectópico.

4.10 SEGUIMIENTO.

Se procedió a realizar un seguimiento al ingreso de la paciente realizando valoración gineco obstétrica, exámenes de laboratorio y ecografía pélvica y obstétrica, el cual se realizó un tratamiento quirúrgico, en el cual se confirmó un embarazo ectópico, dicho procedimiento se realizó sin ninguna complicación , luego la paciente paso a postoperatorio, en el cual la paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, con signos vitales estables con un score mama de 0, con vía periférica permeable, médico de guardia prescribe medicación para dolor y antibioticoterapia, al segundo



día de ingreso la paciente ha evolucionado favorablemente por el cual se realiza el plan de alta.

4.11 OBSERVACIONES

Paciente ingresa al área de quirófano a realizar una laparotomía exploratoria por presunto Apendicitis, con la novedad de que mediante el procedimiento quirúrgico se encontró un embarazo ectópico + ovario poli quístico, durante el procedimiento no hubo complicación alguna, paciente termina procedimiento con signos estables y pasa a postoperatorio, mediante su estadía evoluciona favorable mente al procedimiento realizado, por el cual se da de alta.



5 CONCLUSIONES

El embarazo ectópico se lo conoce como el embarazo implantado fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la tubárica, fundamentalmente en la porción ampular de la trompa, seguida del embarazo ectópico cornual, abdominal, ovárico y cervical.

El mejor método diagnóstico para la evaluación de mujeres con sospecha de embarazo ectópico es a través de una ecografía transvaginal. La presencia de dolor abdominal o sangrado vaginal durante el primer trimestre debe impulsar la realización de una ecografía y un test de subunidad β HCG cuantitativa.

Si el embarazo ectópico está causando sangrado abundante, es posible que necesites una cirugía de urgencia. Esto puede hacerse por laparoscopia o a través de una incisión abdominal (laparotomía). En algunos casos, la trompa de Falopio puede salvarse.



6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bacarreza Villalba RF, P. E. (2018). *Tratamiento médico del embarazo ectópico en un centro de salud privado.*

ECTOPICO., C. D. (2012). *GUIA DE MANEJO CONSULTA ESPECIALIZADA DE GINECOBSTETRICIA.*

J, A.-S. (1954). *A typical endometrial changes.*

JANET, G. G. (2009). *Factores de riesgo del embarazo ectópico actores de riesgo del embarazo ectópico.* Medigraphic.

MATAMOROS, Y. O. (2011). Guayaquil: Revista Medica de Nuestros Hospitales.

NUREMBERG. (28 de MAYO de 2015). Obtenido de <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>

R, R. P. (2013). *Ectopic pregnancy: a review.* Arch Gynecol Obstet.

Rivera, C., Pomés, C., Díaz, V., Espinoza, P., & Zamboni, M. (2020). Actualización del enfrentamiento y manejo de localizaciones poco frecuente del embarazo ectópico. *REVISTA CHILENA OBSTETRICIA GINECOLOGIA.*

S.A., C. D. (2012). *GUIA DE MANEJO CONSULTA.*

S.A., C. D. (2012). *GUIA DE MANEJO CONSULTA ESPECIALIZADA DE GINECOBSTETRICIA.*

Sá, G. &. (2016).

SHANNON, R. Y. (2012). Obtenido de <http://hinarigw.who.int/whalecominformahealthcare.com/whalecom0/doi/pdf/10>

Taran FA. (2015). *Embarazo ectopico, Guia de manejo.*

Trejos, A. &. (2015).



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD ESCUELA
DE OBSTÉTRICA



Vicens. (2013). *Embarazo Ectopico.*

7 ANEXOS



Figura 1: Ecografía

Fuente: Paciente



Figura 2

Fuente: Paciente



Figura 3: Ecografía

Fuente: Paciente