



**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 SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRA**

TEMA

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA DE 29 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO
ECTOPICO OVARICO DE 5,5 SEMANAS”**

AUTORA

MIRIAN MARLENE MOSQUERA ESPINOZA

TUTOR

Dra. Liliam Muñoz

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

Vinces- Los Ríos – Ecuador 2021

INDICE

AGRADECIMIENTO.....	1
DEDICATORIA.....	2
RESUMEN	4
SUMMARY.....	5
INTRODUCCIÓN	6
1 MARCO TEÓRICO.....	8
1.1 Definición	8
1.2 Etiología.....	8
1.3 Factores de riesgo	9
1.3.1 Factores de alto riesgo:.....	9
1.3.2 Factores de riesgo Moderado	9
1.3.3 Factores de bajo riesgo:.....	9
1.4 Fisiopatología.....	10
1.5. Tipos de embarazos ectópicos	10
1.6 Signos y síntomas.....	11
1.7 Diagnóstico.....	12
1.7.1 Diagnóstico por ultrasonido:	12
1.7.2 Diagnóstico quirúrgico:.....	12
1.8 Tratamiento:.....	12
JUSTIFICACION.....	14
1.9 OBJETIVOS.....	15
1.9.1 Objetivo General.....	15
1.9.2 Objetivos Específicos	15
2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	17
2.1 Análisis del motivo de consulta.....	17
2.2 Historial clínico de la paciente	17
2.3 Anamnesis	18
2.4 Examen físico.....	19
2.5 Información de exámenes complementarios realizados	20
2.6 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	22
2.7 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	22
2.8 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	23
2.9 Seguimiento.....	23



2.10 Observaciones	23
2.11 Conclusiones	24
Bibliografía	25
ANEXOS	26



AGRADECIMIENTO

Quiero empezar agradeciendo a Dios ya que es el pilar fundamental de mi vida también quiero agradecer a mis padres CELIA MARTHA ESPINOZA CUJILAN Y MARCOS WULLIAM MOSQUERA CHICA quienes se esforzaron día a día para que yo llegar hasta donde estoy ahora, a mis abuelos MARGARITA CHICA Y JULIO MOSQUERA y hermano JHONATHAN ESPINOZA porque fueron mi apoyo incondicional mientras mis padres trabajaban ellos cuidaban de mí, eso es algo que me llevare guardado en mi alma. No puedo pasar por alto y dar gracias a aquellas personas que pusieron su granito de arena y me extendieron su mano como lo son mis tías amigos vecinos maestros compañeros quienes hicieron que me mantenga firme hasta lograr mi objetivo.



DEDICATORIA

“No hay cosas imposibles solo hombres incapaces”. Quiero dedicar este triunfo al proveedor de mi vida que es DIOS. A mis padres CELIA MARTHA ESPINOZA CUJILAN y MARCOS WULLIAN MOSQUERA CHICA a quienes amo incondicionalmente, a mi hijo THIAGO NEYMAR MORA MOSQUERA quien es la persona más importante de mi vida y el motivo por el cual me despierto cada mañana con ganas de superarme, a mi pareja JEFFERSON MARIANO MORA BAJAÑA con quien he compartido 5 años de mi vida me brindó su apoyo y formo parte de este proceso, también quiero mencionar en esta dedicatoria a RENE MOSQUERA, RODOLFO MORA y ROSARIO BAJAÑA. Quienes merecen quedar plasmado en mi proyecto puesto que, sin la ayuda de estas personas, llegar a la meta hubiera sido más difícil por último quiero dedicarme este logro a mí mismo porque a pesar de lo difícil que fue lograrlo nunca me rendí, y batalle con cada obstáculo que se me presento, hoy puedo decir que jamás se debe renunciar a lo que se ama, y se lucha constantemente por lo que se quiere lograr.



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



TEMA:

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA DE 29 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO
ECTOPICO OVARICO DE 5.5 SEMANAS ACCIDENTADO”**



RESUMEN

El caso expuesto fue la conducta obstétrica a seguir en paciente primigesta de 29 años de edad con embarazo ectópico accidentado de 5.5. semanas de gestación la cual se presentó el ingreso al área de emergencia con dolor de fosa iliaca derecha de gran intensidad de +- 24 horas de evolución de manera progresivo en las últimas 8 horas con amenorrea de 2 meses en donde presentaba hace un par de días un sangrado escaso al momento de la llegada a la unidad de sangrado moderado se realizó el diagnóstico clínico por ultrasonido dando como resultado un ectópico roto izquierdo, se hizo cirugía donde se extrajo el producto con una edad gestacional de +- 5.5 semanas y se realiza seguimiento periódico por consulta externa y con indicación de cambios de hábitos como importante mención.

Palabras claves: ectópico, primigesta, ultrasonido, amenorrea



SUMMARY

The case presented was the obstetric behavior to be followed in a 29-year-old patient with an accident ectopic pregnancy of 5.5. weeks of gestation which presented the admission to the emergency area with pain in the right iliac fossa of great intensity of + - 36 hours of evolution progressively in the last 8 hours with amenorrhea of 2 months where it presented a couple of days ago scarce bleeding upon arrival at the unit for moderate bleeding, clinical diagnosis was made by ultrasound resulting in a ruptured left ectopic, surgery was performed where the product was extracted with a gestational age of + - 5.5 weeks and follow-up is carried out periodical by external consultation and with indication of changes of habits as an important mention.

Key words: ectopic, first pregnancy, ultrasound, amenorrhea



INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, en su gran mayoría este tipo de embarazos se localizan a nivel de una de las trompas de Falopio, aunque también puede darse en otras localidades como en el cérvix, ovario, abdomen, cornual e intraligamentario. (OMS, 2016)

Su incidencia se ha visto reflejada entre 1 de cada 200/300 embarazos, con el aumento de técnicas de reproducción asistida en los últimos tiempos se ha registrado una tendencia sobre todo en países desarrollados como EE. UU que ha pasado del 4,5 al 19,7 por cada mil embarazos, en cuanto a la edad afecta en el 48.2 % de las mujeres con este tipo de embarazo tienen entre 30 y 39 años un 36% entre 20 y 29 años y el restante adolescente. (Mora, 2018)

Siendo la causa más frecuente morbilidad y mortalidad materna durante el desarrollo del primer trimestre de gestación, en Reino Unido se reportaron 32.000 casos al año en promedio con un total de 13 fallecimientos durante el año 2019, también han reportado un aumento considerable en sus cifras países como Cuba hasta 5 veces más comparado para la década de los 70, en América este ascendió a 4,5 por cada 1000 embarazos entre las causas de incremento por ejemplo en México se reporta que aproximadamente el 10 % de la mortalidad materna es responsabilidad de esta patología.

En Ecuador, aunque no existen reportes de la incidencia de su presentación según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos manifiesta que este tipo de embarazos se encuentra dentro de las primeras causas de muerte materna en nuestra nación.

La presente investigación surge de la necesidad de estudio de esta patología en nuestro país ya que ante la poca cantidad de documentación de la misma y ocupando un lugar entre las 10 primeras causas de muerte materna nos indica el nivel de importancia de desarrollar estrategias que logren un cambio en nuestras pacientes, dentro de nuestro análisis



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



desarrollado en el hospital básico Dr. Nicolas Coto Infante decidimos realizar el seguimiento de uno de los casos que será nuestro objeto de estudio.



1 MARCO TEÓRICO

1.1 Definición

El embarazo extra uterino o ectópico toma lugar cuando la implantación del blastocisto se da fuera del endometrio de la cavidad uterina. Esta puede presentarse en diferentes lugares teniendo como principal lugar de manera dominante las trompas de Falopio es una patología muy grave debido que según estadísticas el 75% de las muertes durante el primer trimestre y 9% de todas las muertes relacionadas al embarazo están asociadas con este tipo de embarazos. (OPS, 2000)

1.2 Etiología

El origen de esta patología es multifactorial los mecanismos postulados incluyen la obstrucción anatomía, anormalidades en la motilidad tubaria o función ciliar también hacen mención a factores quimiotácticos que estimulan la implantación en trompa, ahora bien esta complicación también ha sido citada por varios médicos que reportan lo siguiente “Varios factores de riesgo han sido identificados de los cuales los más comunes son: la enfermedad inflamatoria pélvica, antecedentes de EE, cirugía tubárica previa y uso de dispositivos intrauterinos.” (Villamil, 2018)

Expuestos estos antecedentes con la importancia que genera el tema muchos investigadores se han pronunciado de manera gradual, que han dicho lo siguiente “Hemos creído conveniente tratar el tema para brindar información para de esta manera contribuir a disminuir la aparición de esta patología, cumpliendo así con uno de los propósitos que es la prevención de enfermedades” (Fernando, 2018)

En una investigación con el tema de etiología de embarazo ectópico se cito que el origen está relacionado con la cirugía ginecológica abdominal, las patologías infecciosas ginecológicas, la promiscuidad, el uso de dispositivos intrauterinos, el inicio temprano de las relaciones sexuales, así como de técnicas de reproducción como la in vitro. (Zambrano, 2014)



1.3 Factores de riesgo

Como hemos mencionado la etiología es multifactorial hasta un 50% de las pacientes que han presentado un embarazo ectópico no tienen factores de riesgo identificables, por ende, los mecanismos de riesgo de implantación extrauterinas siguen sin estar claros. Pero en este estudio los dividiremos cuales son más o menos potencialmente de riesgo. (Williams, 2018)

1.3.1 Factores de alto riesgo:

- Anomalías congénitas
- Endometriosis
- Cirugías
- Salpingitis ístmica
- Endosalpin
- Miomas intrauterinos
- Esterilizaciones fallidas

1.3.2 Factores de riesgo Moderado

- Chlamydia trachomatis
- Neisseria Gonorrhoeae
- Apendicitis
- Promiscuidad
- Tabaquismo

1.3.3 Factores de bajo riesgo:

Uno de los grandes doctores de la investigación refiere que acerca de los factores de riesgos son las técnicas de reproducción asistida sobre todo en países desarrolladas por la incidencia de tecnologías viéndose en periodos de estudios más pronunciada en la transferencia de embriones (PerKins, 2019)



Algunos postulan que hay pérdida de actividad mioeléctrica dentro de la trompa de Falopio conforme las mujeres envejecen.

1.4 Fisiopatología

El sitio más común de estos embarazos son las trompas uterinas o de Falopio seguido por los cuernos uterinos, los que se implantan en el cuello uterino, en una cicatriz de una cesárea en un ovario, el abdomen o en el intersticio son muy poco comunes.

La estructura que contenga al embrión generalmente se rompe entre 6 y 16 semanas de gestación dependiendo el lugar donde se encuentre la rotura produce sangrado que puede ser de manera gradual ir en aumento o lo suficientemente rápido para causar un shock, esta sangre irrita al peritoneo y entre más rápido se exagera el riesgo de muerte. (Bouyer, 2019)

En el embarazo ectópico después del proceso de una ovulación y fertilización de manera fisiológica se asocia con un factor que pueden lesionar las trompas de Falopio alterando el transporte del embrión que incluyen la esterilización, se deben revisar todos los factores que pueden alterar. (A., 2016)

Así mismo cuando ocurre en una paciente con el dispositivo intrauterino hay una probabilidad mayor de que sea ectópico debido a q el dispositivo previene el embarazo intrauterino que la implantación extrauterina (Pereira, 2018)

1.5. Tipos de embarazos ectópicos

El sitio dominante la trompa de Falopio el 75 u 85% de los casos ocurren en la porción del ampulla, entre 10 a 15% ocurren en el istmo y cerca de un 5% en la fimbria.

El cervical es raro y se presenta en solo 0.15% de todos los embarazos ectópicos que suelen suceder.



El ovárico también es una de las variantes más extrañas, pero puede haber la posibilidad de que ocurra se menciona un 0.15% de posibilidad hasta un 3% (Hulgario, 2020)

El que se va a implantar en la cicatriz de una cesárea previa también es muy poco común 1 de cada 18.000 embarazos y pueden ocurrir muchas complicaciones como la rotura uterina y hemorragia masiva, y pueden impactar negativamente la fertilidad. (Grunauer, 2018)

El embarazo intersticial constituye al 2.5% necesita de estudios ultrasonográficos muy precisos y son de dificultad diagnóstica, así como el cornual que se desarrolla en el cuerno rudimentario de un útero unicornado es una de los más insólitos (SISALIMA, 2019)

Y por último el abdominal sea este secundario o primario el feto se adhiere generalmente a los ligamentos anchos, a los ovarios, hígado, bazo o intestino, ocurre en 1 de cada 30.000 embarazos naturales y 1 de cada 100 parejas con reproducción asistida.

1.6 Signos y síntomas

La triada de dolor en un embarazo ectópico se encuentra formada por el dolor, sangrado vaginal y amenorrea estos pueden ser con o sin síncope, dolor en el hombro y shock generalmente terminan en una intervención quirúrgica, ahora la historia clínica y el examen físico solos rara vez nos llevaran a un diagnóstico definitivo de embarazo ectópico ya que un número considerable no tiene signos clínicos marcados y otro porcentaje no presentan ninguno. (Hernandez, 2019)

Así que los síntomas son inespecíficos y difíciles de diferenciar de otros procesos ginecológicos, gastrointestinales y urológicos que incluyen apendicitis, salpingitis, ruptura de quiste de cuerpo lúteo, aborto, torsión anexial o ITU. La paciente probablemente se quejará de un manchado de sangre y el dolor abdominal frecuentemente está ausente o es tardío,



en la ruptura de un EP puede haber distensión abdominal, dolor, peritonitis y shock hemorrágico. (Huixian, 2019)

1.7 Diagnóstico

1.7.1 Diagnóstico por ultrasonido: Basado en la inhabilidad de observar un embarazo intrauterino más que en la identificación de un embarazo extrauterino, esto estaba considerado una indicación con laparoscopía, con un alto rango inevitable de laparoscopía negativa, en la actualidad el ultrasonido transvaginal ha cambiado el abordaje diagnóstico basado en la visualización de la masa ectópica siendo superior al ultrasonido transabdominal.

El control expectante del embarazo extrauterino esta localizado por ultrasonidos es valida en pacientes que tienen como características principales están estables y asintomáticas con niveles de B- hcg decrecientes e inicialmente inferiores de 1000 ul. Y con mínima cantidad de liquido albergada en saco de Douglas. (C, 2019)

1.7.2 Diagnóstico quirúrgico: Este tipo de método solo es reservado para pacientes que presenta signos de abdomen agudo y shock hipovolémico, aunque la laparoscopía es considerada por algunos el estándar de oro para el diagnóstico de EP, además del valor predictivo que mencionamos de los ultrasonidos. (Vargas, 2019)

1.8 Tratamiento:

Expectante: El manejo consiste en monitorizar hasta que se recupere la paciente y el nivel de HCG caiga por debajo de 21U/L, el seguimiento debe ser intensivo cada día al inicio y luego semanalmente hasta que retorne la hcg a los valores normales.

Tratamiento médico: El primero es el uso de metrotexato como tratamiento siendo una antimetabolito que actúa en las células activas proliferativas incluyendo el tejido trofoblástico. Las contraindicaciones de este medicamento incluyen paciente inestable con



síntomas severos de dolor abdominal, enfermedad hepática, renal, inmunodeficiencia, enfermedad pulmonar, lactancia activa y úlcera péptica. (Guerrero, 2020)

Cirugía conservadora: Actualmente, la salpingectomía se la realiza con laparoscopia mientras sea posible, la desventaja es que se corre el riesgo de células trofoblásticas persistentes por lo cual se sugiere una inyección posoperatoria profiláctica de rutina de metotrexato reduce el riesgo.

Cirugía Radical: Se realiza con laparoscopia involucra la eliminación de la trompa de Falopio con los productos del embarazo, ya sea desde el cuerno hasta la fimbria el salpinx es removido de la cavidad abdominal en una bolsa para evitar la diseminación de trofoblastos.



JUSTIFICACION

El embarazo ectópico encasillando entre las primeras diez causas de muerte materna nos demuestra la importancia de ser estudiado para lograr formular nuevas estrategias que ayuden a la disminución de estos casos, sobre todo en nuestro país en donde lamentablemente no existe un estudio profundo del tema, y existen muy pocos datos estadísticos fidedignos que comprueben cual es el número real de mujeres que cursan con esta patología, cabe recalcar que al inmiscuirnos con este caso en realidad nos involucramos con todas las pacientes ya que podemos a través de este realizar el inicio de protocolos que motiven al cambio, en donde podamos presentar nomas preventivas que si bien es cierto no podrían ausentar todos los casos debido a su etiología multifactorial y hasta desconocida si nos ayudaría a tener una disminución considerable de la morbilidad y mortalidad materna. En la presente investigación como objeto principal estará dirigido a la comunidad de salud los cuales son los protagonistas en que se pueda realizar un cambio en nuestros pacientes, y decidimos realizar nuestra colaboración a través de este estudio.



1.9 OBJETIVOS

1.9.1 Objetivo General

Analizar embarazo ectópico ovárico accidentado en paciente de 29 años de edad

1.9.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo para el desarrollo del embarazo ectópico en la paciente.
- Determinar las complicaciones que se presentaron en la paciente durante el cuadro clínico.
- Establecer cuáles son las medidas de prevención para disminuir la posibilidad que exista reincidencia de un embarazo ectópico



1.1 Datos generales

Nombres completos:	NN
Edad:	29 años de edad
Sexo:	Femenino
Fecha y lugar de nacimiento:	17/03/1992- Coop. Augusto Valencia
Área de procedencia:	Rural
Estado civil:	Unión libre
Hijos:	No refiere
Nivel de estudios:	Primaria
Nivel sociocultural/económico:	Medio
Etnia:	Mestiza
Religión:	Católica
Hábitos	Tabaquismo
Ocupación:	Que haceres domésticos
Cónyuge:	NN

Fuente: Historia clínica de la paciente



2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 29 años de edad. Acude a esta casa de salud por presentar dolor en fosa iliaca derecha de gran intensidad de +/- 36 horas de evolución que se acompaña de sangrado transvaginal moderado, paciente refiere tener ausencia de su menstruación de hace 2 meses, dolor a nivel de hombro.

2.2 Historial clínico de la paciente

Antecedentes patológicos personales	Ansiedad
Antecedentes patológicos familiares	Mama y abuelo materno presentan Ansiedad
Antecedentes quirúrgicos	Cirugía por quiste de ovario izquierdo hace 7 años.
Alergias	no refiere
Hábitos	Tabaquismo
Antecedentes Gineco-Obstétricos	
Menarquia	12 años
Inicio de vida sexual:	14 años
Parejas sexuales:	1
Gestas: 0	abortos: 0
Partos 0	cesáreas 0
Fecha de la última menstruación:	24/11/2019
Fuente: Historial Clínica de la paciente	

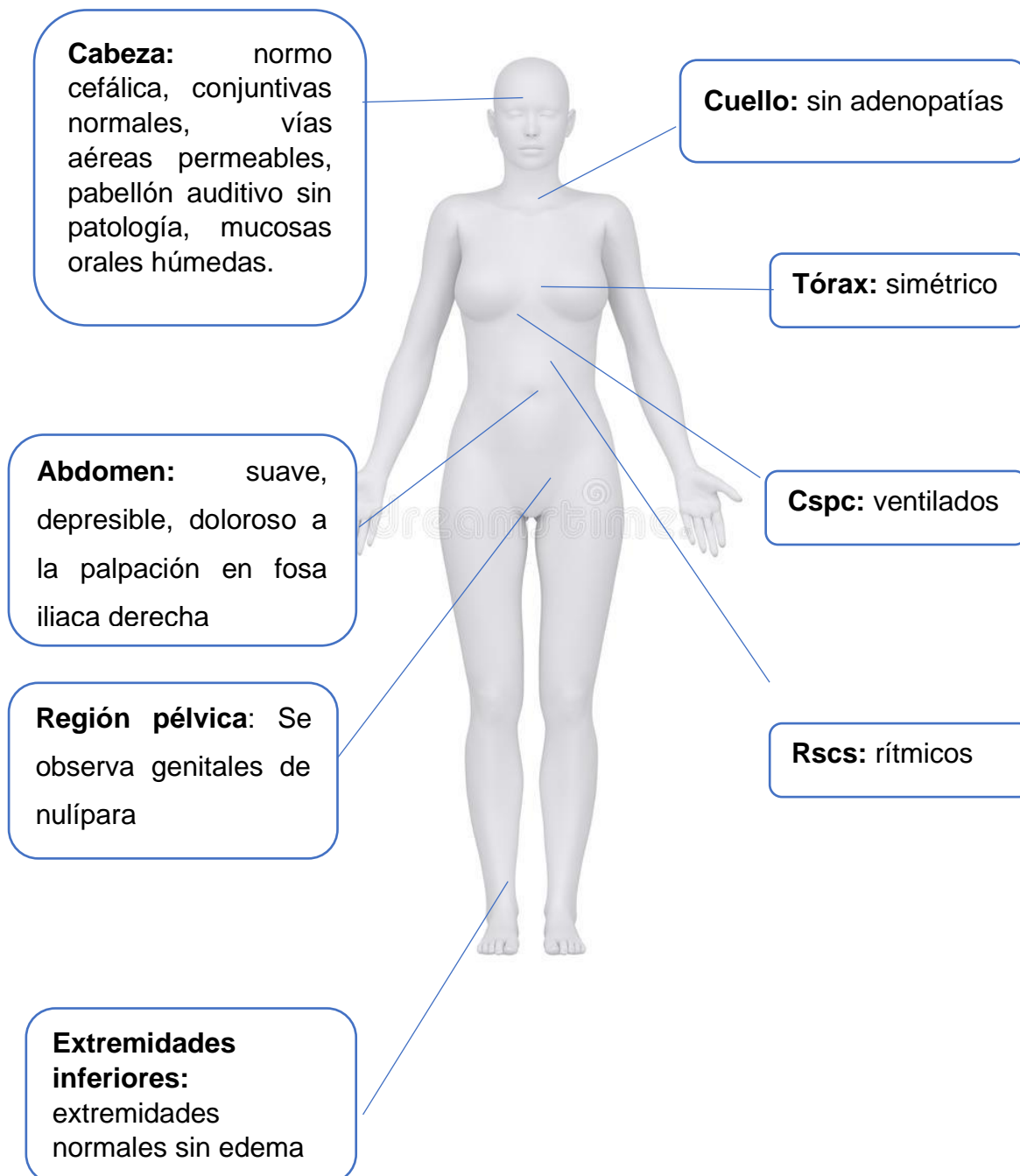


2.3 Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 29 años de edad. Acude a esta casa de salud por presentar dolor en fosa iliaca derecha de gran intensidad de +/- 24 horas de evolución que se acompaña de escaso sangrado transvaginal, paciente refiere tener ausencia de la menstruación desde hace 2 meses, y que antes de acudir al hospital se realizó una ecografía en un centro de salud particular, donde le indican que hay presencia del saco gestacional, pero hay ausencia de embrión. Obstetra envía examen de laboratorio los cuales resaltan una anemia leve 10.1, luego se realiza ecografía obstétrica el cual se le diagnostica ectópico roto en ovario izquierdo por lo que se realiza automáticamente el ingreso de la paciente y pasa directamente a quirófano. Cirugía en la cual la paciente se descompensa y se pasa un paquete globular, paciente al momento orientada en tiempo espacio y persona afebril sin dificultad respiratoria activa, reactiva, colaboradora al interrogatorio con un Glasgow 15/15.

2.4 Examen físico.

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





Presión arterial:	109/68 mmhg
Frecuencia cardiaca:	75
Frecuencia respiratoria:	19
Saturación de oxígeno:	98%
Temperatura:	36
Proteinuria:	negativo
Estado de conciencia:	Alerta

Fuente: Historial Clínica de la paciente

2.5 Información de exámenes complementarios realizados

Exámenes de laboratorio de control 24/01/2020
Examen de orina:
Color: amarillo
Aspecto: turbio
Densidad: 1.030
PH: 6
Proteína: no
Glucosa: no
Acetona: no
Urobilinógeno: no
Leucocitos: no
Sedimento urinario:
Células epiteliales: +
Leucocitos: 6 x 8
Hematíes: 20 – 30
Bacterias: móviles +
Químico:
Glicemia: 95 mg/Dl
Grupo sanguíneo: A +
Urea: 29 mg/UI
Creatinina: 0.82 mg/dL



Exámenes de laboratorio de control 24/01/2020
Biometría hemática:
Leucocitos: 16.240 x10
Neutrófilos: 84.5%x10
Linfocitos: 11.6%
Eosinófilos: 1,9
Monocitos: 2.2
Recuento de glóbulos rojos: 4.270.000xmm ³
Hemoglobina: 10.1 g/dL
Hematocrito: 32.3%
Plaquetas: 291x10
Grupo-factor Rh: A+
Tiempo de protrombina: 11 seg
Tiempo parcial de tromboplastina: 25 seg
VDRL: No reactiva
VIH: No reactivo

Fuente: Historia Clínica de la paciente

U.S Pélvico realizado en un centro de salud particular 23/01/2020
Útero: presencia de saco gestacional en interior uterino
No embrión en su interior
Ausencia de latidos cardiacos
SG 1.5 cm =5.5 semanas de gestacional

U.S Pélvico realizado en el HOSPITAL NICOLAS COTTO INFANTE 24/01/2020
Útero: En anteroflexion bordes regulares parenquimatoso homogéneo no ocupado, mide 9.11cm x 4.55cm.
Ovario derecho: No existente
Ovario izquierdo: masa ovoide de 5.04 cm x 2.57 cm.
Fondo de saco de Douglas con una pequeña cantidad de liquido
ID: embarazo ectópico roto



2.6 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

- Embarazo ectópico
- Embarazo ectópico roto

2.7 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Exámenes de laboratorio post-Quirúrgico 25/01/2020
Leucocitos: 12.28 x10
Neutrófilos: 60.0%
Linfocitos: 45.0%
Monocitos: 3.3%
Recuento de glóbulos rojos: 3.73x10
Hemoglobina: 7.1g/dL
Hematocrito: 32.0%
Plaquetas: 190x10
Grupo-factor Rh: O +
TP: 13 seg
Ttp: 26 seg
Urea: 24 mg/Dl
Creatinina: 0.8 mg/dL
Glicemia: 95 mg/dL
VDRL: No reactivo
VIH: No reactivo



2.8 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

De acuerdo al cuadro clínico evolutivo y los síntomas de la paciente existían un real patrón con los estudios científicos que demuestran número uno la triada de dolor que se cumplió en esta paciente así como el origen multifactorial que dieron al personal médico el diagnóstico definitivo para proceder a la resolución del caso, según los dos tratamientos expuestos y aceptados en los protocolos clínicos por lo cual debido a su cuadro se procede a realizar la cirugía para poder extraer el producto el cual se encuentra sin latidos y además con una edad gestacional de +- 5.5 semanas.

2.9 Seguimiento

Como plan permanente se solicitó el seguimiento de la paciente luego de la posterior alta de la unidad hospitalaria que consto de su próxima visita el 4 de febrero del 2020 para realizar pruebas respectivas acerca de enfermedades como gonorrea, chlamydia, endometriosis y enfermedad pélvica inflamatoria, que reporto por examen ginecológico enviado a laboratorio la presencia de neisseria gonorrae de manera pasada, así mismo se volvió a citar en 20 días a la paciente para realizar pap respectivo y luego de dar orientación ginecológica y acerca de salud sexual se le expone la necesidad de realizar planificación familiar y optar por un método anticonceptivo ya que menciona que con su pareja se mantenían con el coito interruptus.

2.10 Observaciones

Se realizo una busque de diferentes fuentes bibliográficas con el objeto de lograr enfatizar cual es la conducta obstétrica en este tipo de pacientes, cabe destacar que el conjunto de profesionales de la salud realizó diagnostico oportuno que no comprometió la vida de la paciente debido a la adecuada valoración y manejo.



Es importante reconocer que este caso clínico pertenece a ese 50% de estudios de origen multifactorial debido a los antecedentes de la misma, acompañada de una pobre educación sexual, debido a esto se realiza el seguimiento posterior a la cirugía y se le ofertan medidas de prevención como principal meta.

2.11 Conclusiones

Se identifico que la paciente efectivamente podría tener factores de riesgo de origen multifactorial en su caso específico la edad y el antecedente de una cirugía previa por quiste en el ovario izquierdo e inicio temprano de su vida sexual, y el hábito del tabaquismo.

En este caso específico se concluye que paciente debido a que los síntomas no se presentaron de manera brusca si no que fueron aumentando gradualmente acude a la unidad médica con la complicación de un ectópico roto de +- 8 horas de evolución que dificultan el cuadro, el mismo se resuelve a través de la cirugía en donde posterior a esta no hay mayor complejidad.

Se define debido a su etiología multifactorial como primera medida preventiva cambiar todos los antecedentes modificables en este caso clínico el tabaquismo, ya que hay estudios que comprueban que el tabaco puede modificar e inclusive dañar las trompas de Falopio, que acuda a realizarse controles acerca de infecciones como gonorrea, clamidia, enfermedad pélvica inflamatoria y endometriosis.



Bibliografía

- A., C. (2016). *Embarazo ectópico* . Chimborazo : Politecnica.
- Bouyer. (2019). Embarazo ectopico conducta obstetrica . *Esterilidad General* , 85-88.
- C, G. (2019). Embarazo ectopico . *Esterilidad General II* , 84-91.
- Fernando, R. &. (2018). *Factores de riesgo de embarazos ectópicos* . Lima, Perú : Salud Científica .
- Grunauer. (2018). Ensayo clinico de embarazo ectopico . *Ginecologia y obstetricia*, 12-16.
- Guerrero, E. (2020). *Ectopico* . Mexico - Guadalajara : Ginecol Obsta .
- Hernandez. (2019). *PREVALENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES PARA LA*. Milagros: Estatal .
- Huixian. (2019). Revision médica del embarazo ectópico . *CLINICA HSID*, 48-58.
- Hulgario. (2020). Embarazo ectopico y sus riesgos. *Escuela de medicina* , 3-4 .
- Mora, V. (2018). Embarazo ectopico con enfoque en el manejo medico . *Clinica de HsJD* , 28-29.
- OMS. (2016). *Embaaz ectopico* . España: Organizacion mundial de la salud .
- OPS. (2000). *Embarazo Ectópico* . Panama : Ginecologia y obstetricia .
- Pereira. (2018). *Clinica y embarazo ectopico* . Chimborazo : Politecnica .
- PerKins. (2019). *Reproduccion asistida* . Nueva York: Anatomia .
- SISALIMA. (2019). *PREVALENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES EP*. Milagro : Estatal .
- Sultan. (2018). *Embarazo y sus patologías* . Costa Rica : Expansion Medica .
- Vargas, S. (2019). Revision medica de embarazo ectópico . *CLINICA HSID*, 22-25.
- Villamil, R. . (2018). Embarazo ectopico y su prevalencia . *N.C. Salud* , 21-23.
- Williams. (2018). Ginecologia. En Williams, *Ginecologia* (págs. 91-96). Estados Unidos : Adventure Works .
- Zambrano, M. . (2014). *Caracteristicas clinicas etiologicas del embarazo ectopico* . Cuenca : Ciencias Medicas.

ANEXOS



Ilustración 1 /Ecografía diagnóstica

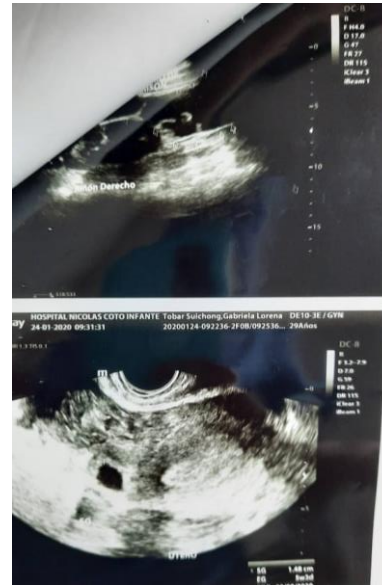


Ilustración 2 Ecografía diagnóstica



Ilustración 3 Ecografía Diagnóstica