



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICIA**

Dimensión Practico del Examen Complexivo previo a la obtención  
del grado académico de Obstetra/Obstetriz

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**

CONDUCTA OBSTÉTRICA QUIRÚRGICA EN EMBARAZO ECTÓPICO  
ROTO, EN PACIENTE DE 30 AÑOS ATENDIDA EN EL HOSPITAL GENERAL  
DR LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR

**AUTOR**

CRUZATTY SABANDO STEPHYE JHOMARY

**TUTOR**

OBST. MERCY YESLIN MORAN GUERRERO, MSC.

**Babahoyo – Los Ríos – Ecuador**

**2024**

## **TEMA DEL CASO CLÍNICO**

“CONDUCTA OBSTÉTRICA QUIRÚRGICA, EMBARAZO ECTÓPICO ROTO,  
EN PACIENTE DE 30 AÑOS ATENDIDA EN EL HOSPITAL GENERAL DR  
LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR”

## **DEDICATORIA**

Dedico este Trabajo de Grado a Dios quien me dio fuerzas para seguir adelante a pesar de las adversidades, a mi madre Marilú Sabando Valencia, quien me dio la vida y ha cumplido con los roles de ser mi padre, mi Madre y mi mejor amiga, brindándome su apoyo incondicional, afectiva y económicamente para realizarme como persona.

A mi hermana Meliza Cruzatty Sabando que también ha sido participe y parte fundamental en cada meta alcanzada.

Con amor y esfuerzo para ustedes.

STEPHYE JHOMARY CRUZATTY SABANDO

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mis agradecimientos primeramente a mi Tutora. Obstra Mercy Moran Guerrero, por los conocimientos que compartió conmigo para desarrollar el presente Trabajo de Grado.

Agradezco a cada uno de mis docentes y compañeros de carrera por cada palabra de aliento que me dieron durante el camino a mi meta.

A vosotros muchas gracias.

STEPHYE JHOMARY CRUZATTY SABANDO

## INDICE

<b>TEMA DEL CASO CLÍNICO .....</b>	<b>2</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>3</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>4</b>
<b>INDICE .....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT:.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPITULO I .....</b>	<b>9</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>9</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>OBJETIVO GENERAL: .....</b>	<b>11</b>
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....</b>	<b>11</b>
<b>LINEA DE INVESTIGACION: .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>13</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>13</b>
<b>DEFINICIÓN E INCIDENCIA.....</b>	<b>13</b>
<b>CUADRO CLINICO: .....</b>	<b>20</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>27</b>
<b>FORMULACUIÓN DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DEFINITIVO.....</b>	<b>29</b>
<b>INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....</b>	<b>29</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>32</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>33</b>
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERENCIA.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>36</b>

## **RESUMEN**

El embarazo ectópico es el crecimiento y anidación anormal del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial, es decir, fuera del útero. Es considerado un problema de salud grave debido a las consecuencias negativas que tiene en el cuerpo de la mujer que lo padece. Si no se diagnostica a tiempo, puede tener consecuencias graves e incluso llevar a la muerte materna.

Los embarazos ectópicos pueden ser el resultado de una variedad de condiciones de riesgo. El uso de dispositivos intrauterinos, el tabaquismo, embarazos ectópicos previos, procedimientos quirúrgicos tubáricos, la edad, el coito antes de los 18 años y la promiscuidad son los más importantes. (Managua, 2018)

El objetivo general del estudio de caso clínico es determinar las complicaciones del embarazo ectópico. Se seleccionó a una paciente con esta patología utilizando la metodología diagnóstica, evaluando sus síntomas físicos, evaluando los resultados de los exámenes de laboratorio y realizando una ecografía transvaginal por el cual se proyecta un diagnóstico diferencial en el que se procedió a realizar un tratamiento quirúrgico de laparotomía exploratoria más resección cuneiforme en ovario izquierdo.

**Palabras claves:** Embarazo Ectópico, laparotomía exploratoria, muerte materna, tratamiento quirúrgico, factores de riesgo.

**ABSTRACT:**

Ectopic pregnancy is the abnormal growth and nesting of the fertilized egg outside the endometrial cavity, that is, outside the uterus. It is considered a serious health problem due to the negative consequences it has on the body of the woman who suffers from it. If not diagnosed in time, it can have serious consequences and even lead to maternal death.

Ectopic pregnancies can result from a variety of risk conditions. Intrauterine device use, smoking, previous ectopic pregnancies, tubal surgical procedures, age, intercourse before the age of 18, and promiscuity are the most important.

The overall objective of the clinical case study is to determine the complications of ectopic pregnancy. A patient with this pathology was selected using the diagnostic methodology, evaluating her physical symptoms, assessing the results of laboratory tests and performing a transvaginal ultrasound by which a differential diagnosis was projected in which a surgical treatment of exploratory laparotomy plus cuneiform resection of the left ovary was performed.

**Key words:** Ectopic pregnancy, exploratory laparotomy, maternal death, surgical treatment, risk factors.

## **INTRODUCCIÓN**

El embarazo ectópico se considera como una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y obstetricia. El embarazo inicia cuando un espermatozoide se une con un ovulo y este mismo es fecundado en la trompa de Falopio, en la tercera semana se forma el blastocito, durante cuarta semana el blastocito se traslada al útero y se adhiere a la mucosa uterina en donde queda implantado. Un embarazo ectópico es aquel que se desarrolla fuera de la cavidad del útero, esto se considera un embarazo no viable.

La importancia en el embarazo ectópico consiste en conocer la patología y factores de riesgo ya que estas pueden evolucionar hacia una rotura tubárica y podría estar provocando una hemorragia interna llevando a la mujer a una muerte materna.

En los Estados Unidos la incidencia global según la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue alrededor del 10% de mujeres que ingresan en los hospitales con un diagnóstico de embarazo ectópico, con antecedentes de uno anteriormente.

En América los embarazos ectópicos tuvieron un ascenso de 4,5 por 1 000 embarazos, entre los factores de riesgo que se mencionan por el incremento de esta cifra, se han mencionado el aumento de las enfermedades de transmisión sexual, inflamación pélvica y técnicas de reproducción asistida.

En Ecuador, aunque no existe reportes de la incidencia de su presentación, según e Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, s.f.) manifiesta que los embarazos ectópicos se encuentran entre las diez primeras causas de muerte materna en nuestra nación. Otra incidencia que podemos encontrar en el embarazo ectópico es que después de una esterilización quirúrgica hay un porcentaje de 15 a 20%.



## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Paciente femenina de 30 años, sin antecedentes patológicos personales ni familiares relevantes, con antecedentes quirúrgico: Salpingectomía bilateral hace 2 años, antecedentes gineco-obstétricos: Gestas: 2, Parto: 2.

Acude a emergencia del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor por presentar cuadro clínico de 2 días de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso persistente de gran intensidad, mareo, cefalea holocraneana de intensidad leve. La paciente muestra signos de shock hipovolémico.

En ecografía renal y abdominal realizados de manera particular tampoco se evidencian cálculos ni tumoraciones y en exámenes de laboratorio también realizados de manera particular 3 veces se reporta anemia severa de 5.7 g/dl. Se realiza ingreso hospitalario por parte de medicina interna por diagnóstico de abdomen agudo.

Se realiza solicitud de Rayos X de tórax, exámenes de laboratorio clínico y complementario.

## **JUSTIFICACIÓN**

La incidencia y gravedad que hay en el embarazo ectópico roto en la provincia de Santa Elena, así como su significativa tasa de morbimortalidad, justifican la necesidad de mejorar las prácticas diagnósticas y síntomas críticos de un embarazo ectópico roto y establecer un manejo adecuado para mejorar los resultados de salud materna en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

Puedo justificar que una de las razones que me motivaron a investigar este caso fue la prevalencia de mortalidad asociada con el embarazo ectópico roto, como lo demuestra el siguiente estudio de caso en una paciente femenina con diagnóstico de embarazo ectópico roto. Considerada como una de las complicaciones menos frecuentes que presentan las mujeres en estado de gestación.

Otra razón para argumentar este caso es que, debido a una variedad de factores predisponentes, estas complicaciones no siempre son diagnosticadas y tratadas a tiempo. La falta de conocimiento sobre los cambios en los métodos anticonceptivos es uno de los más comunes. La ubicación geográfica del paciente es frecuentemente la razón de esto, igual que la falta de tiempo que impide que las mujeres embarazadas puedan asistir a sus controles médicos por varias razones.

Es importante que, como futuros profesionales de la salud, tengamos en cuenta que su reconocimiento y evaluación temprana son cruciales para prevenir embarazos ectópicos, con la experiencia y habilidades necesarias para la evaluación, acceso a herramientas de diagnóstico adecuadas, análisis de laboratorio y ecografías.

**OBJETIVO GENERAL:**

1. Determinar los factores de riesgos de un embarazo ectópico roto en una paciente de 30 años atendida en el Hospital General Dr Liborio Panchana Sotomayor.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Recopilar información de la historia clínica completa de la paciente, incluyendo antecedentes médicos relevantes, síntomas iniciales y hallazgos clínicos.
2. Detallar las diversas estrategias de manejo para un embarazo ectópico.
3. Evaluar los factores de riesgo presentes en la paciente que pueden haber contribuido al desarrollo del embarazo ectópico roto.

**LINEA DE INVESTIGACION:**

Salud humana, ya que este se refiere al estado general de la persona. Según la organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

**SUBLINEA DE INVESTIGACION:**

En el presente caso clínico que tiene como tema “Conducta obstétrica quirúrgica, embarazo ectópico roto, en paciente de 30 años atendida en el Hospital General Dr Liborio Panchana Sotomayor” vamos a indagar en varios aspectos de la salud general tales como, factores físicos, psicológicos y sociales ya que este estudio no solo implica la evaluación y tratamiento del embarazo ectópico, sino que también pretende comprender los diversos factores que afectan su calidad de vida.

## CAPITULO II

### MARCO CONCEPTUAL

#### DEFINICIÓN E INCIDENCIA

El embarazo inicia cuando un espermatozoide se une con un ovulo y este mismo es fecundado en la trompa de Falopio, en la tercera semana se forma el blastocito, durante cuarta semana el blastocito se traslada al útero y se adhiere a la mucosa uterina en donde queda implantado. Un embarazo ectópico es aquel que se desarrolla fuera de la cavidad del útero, esto se considera un embarazo no viable.

Los embarazos ectópicos se dan frecuentemente en una de las trompas de Falopio también conocido como embarazo tubárico, ya que las trompas de Falopio son la que transportan los óvulos desde los ovarios hasta llegar al útero. A veces, el embarazo ectópico se puede producir en otras partes del cuerpo, como los ovarios, la cavidad abdominal o la parte inferior del útero, que se conecta con la vagina. (Medicine, 2014)

Los embarazos ectópicos no pueden avanzar con normalidad, ya que el óvulo fecundado no podría sobrevivir y el aumento de tejido es mayor, puede provocar hemoperitoneo si se llega a romper y este a su vez pone en riesgo la vida si no es tratada a tiempo.

Se conoce que es complicado determinar cuál es la frecuencia de los embarazos ectópicos en países con poca disponibilidad de servicios sanitarios, no obstante, existen motivos para creer que este varía según las estadísticas entre socioeconómicas y etnias de las distintas poblaciones.

En los Estados Unidos la incidencia global según la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue alrededor del 10% de mujeres que ingresan en los hospitales con un diagnóstico de embarazo ectópico, con antecedentes de uno anteriormente. En los Estados Unidos, la tasa de embarazo ectópico es del 1,5 al 2%. Las mujeres de piel negra tienen casi el doble de probabilidades y un riesgo de mortalidad cuatro veces mayor que las mujeres blancas.

En América latina y el Caribe señala la Organización Panamericana de la Salud\Organización Mundial de la Salud (OMS\OPS) la incidencia del embarazo ascendió de 4,5 a 1 000 embarazos, es la segunda tasa más alta en el mundo de embarazo, se han mencionado las enfermedades de transmisión sexual, inflamación pélvica y técnicas de reproducción asistida como factores de riesgos asociados a este aumento.

En Ecuador, no contamos con reportes de la incidencia de su presentación, sin embargo, conforme al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, s.f.) manifiesta que los embarazos ectópicos se encuentran entre la posición número 10 primeras causas de muerte materna.

### **ETIOLOGÍA:**

El embarazo ectópico es una complicación que se llega a presentar cuando hay obstáculos para la migración del huevo, fecundado hacia la cavidad uterina, se pueden dar frecuentemente en las trompas de Falopio y esto podría causar una ruptura de la trompa en donde se encuentra implantado y produce sangrando intenso acompañado de dolor abdominal. (MINISTERIO DE SANIDAD, 2009)

Sus causas ovulares son:

- **Esteroides ováricos:** los ovarios aquí van a producir hormonas sexuales femeninas llamadas estrógeno y progesterona, estas hormonas sexuales son las que preparan el útero para cada mes en caso de que exista una fecundación durante el embarazo.
- **Insuficiencia del cuerpo lúteo:** es una de las principales causas de infertilidad femenina, ya que existe una alteración en los niveles de progesterona que no son adecuados durante la fase lútea. Ya que esta provoca un revestimiento del útero y se espesa, tampoco crece lo suficiente como para poder soportar un embarazo.
- **Ovulación tardía:** es otra causa de infertilidad femenina y se encuentra en un 25 al 30% de las mujeres que no pueden tener hijos, ya que la ovulación tardía se produce después de los 21 días.

Y entre sus causas tubáricas son:

- **Salpingitis:** Empieza después de una infección bacteriana llamada vaginitis, luego se extiende hacia las trompas de Falopio. Las causas más frecuentes en la Salpingitis son provocadas por las infecciones de transmisión sexual, como sería, la clamidia y la gonorrea.
- **La cirugía de trompas uterinas:** Se trata de la salpingectomía, es un método permanente para evitar el embarazo, ya que impide que el esperma suba hacia las trompas de Falopio.
- **Endometriosis:** Existe un crecimiento de tejido fuera del útero que es similar a la mucosa interior del mismo, provoca dolor intenso en la pelvis y también dificultad para conseguir un embarazo deseado.
- **Tumores:** Los más comunes son los fibromas uterinos, no son cancerosos y estos suelen aparecer después de un embarazo.

#### **FISIOPATOLOGIA:**

El sitio de implantación ectópica más común son las trompas uterinas o de Falopio un 96% de todos los embarazos ectópicos. A su vez el embarazo ectópico se clasifica en base al lugar de inserción que son:

- **Ampular:** este ocurre a nivel del tercio externo de la trompa de Falopio un 56%.
- **Ístmico:** ocurre en la porción media y más estrecha de la trompa de Falopio un 28%.
- **Infundibular:** ocurre en la parte más distal de la trompa de Falopio a nivel de fibras un 16%.
- **Intersticial o curnual:** ocurre en el inicio de la trompa de Falopio que recorre la pared del útero con un 4%. (Salavarría, 2018)

Un embarazo ectópico según su estructura podría romperse después de la semana 6 a la semana 16.

Según (Logroño, 2020) indica que, ‘‘a pesar de las mejorías que hay en los diagnósticos y manejo del mismo, la ruptura del embarazo ectópico sigue siendo una causa importante de morbilidad relacionada con la gestación’’.

## **FACTORES DE RIESGOS**

Existe una lista extensa en la literatura sobre los posibles factores de riesgos asociados con el embarazo ectópico. Si logramos obtener mayor conocimiento sobre los factores de riesgo presentados en el embarazo ectópico se podría permitir un diagnóstico precoz y preciso de dicha enfermedad y así poder reducir la necesidad de cirugía y menor complicaciones.

A continuación, se describirán los factores de riesgo y sus características generales asociadas.

- **Localización:**

Una de las ubicaciones más comunes que se dan en los embarazos ectópicos son en las trompas de Falopio, se da alrededor del 90% de los casos. Incluyendo otros factores de riesgos en donde se pueden presentar son: en el ovario, la cavidad abdominal, el cuello uterino o la cicatriz de una cesárea previa.

- **Edad:**

Mientras la edad materna sea mayor, existe un mayor riesgo de que se presente un embarazo ectópico. Las mujeres con edades entre 35 – 44 años aumenta 3 a 4 veces el riesgo de un embarazo ectópico en comparación con las adolescentes de 15 – 24 años.

- **Síntomas:**

**Dolor unilateral en el abdomen o pelvis:** el dolor es el síntoma más habitual que se presenta en un embarazo ectópico. Este puede presentar un dolor severo y de inicio súbito.

**Sangrado vaginal anormal:** Entre el 50-80% de los casos no se presenta sangrado. Per en ocasiones suele simular un aborto debido a que se



desprende y expulsa toda la decidua y aquí es donde se presenta un sangrado en abundante cantidad.

- **Síntomas de Embarazo Temprano:**

Las náuseas y el vómito son los principales, sensibilidad en los senos, fatiga, mareos o desmayos, que pueden indicar una hemorragia interna severa cuando hay presencia de un embarazo ectópico.

Dolor en el hombro también es otro síntoma que puede ser un signo de irritación del diafragma por sangre en el abdomen.

- **Antecedentes**

La clasificación de Ankum, Murray, clasifica el riesgo de embarazo ectópico como leve, moderado y severo, ya que es una de las muchas características que se relacionan con la presencia de embarazo ectópico.

Los principales antecedentes asociados son:

- **Antecedentes de embarazos ectópicos:**

Se ha reportado que una mujer con antecedentes de embarazo ectópico anteriores aumenta hasta un 50-80% de probabilidad de tener un nuevo embarazo ectópico.

- **Cirugía tubaría previa.**

También conocida como salpingeomía o esterilización de trompas. Además, el 76% de los embarazos postesterilización laparoscópica son por embarazo ectópico.

- **Dispositivos Intrauterinos (DIU)**

Es posible que la asociación entre el DIU y la enfermedad pélvica inflamatoria crónica aumente el riesgo de embarazo ectópico, lo que, a su vez, esta tendría relación con la promiscuidad sexual.

- **Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).**

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria en ocasiones afecta a las trompas y provocando efectos físicos y funcionales importantes, y cuando se asocian a infecciones pélvicas crónicas que alteren la función tubárica y obstruirla.

➤ **Tabaquismo.**

Fumar cigarrillos antes de quedar embarazada puede aumentar el riesgo de un embarazo ectópico de 1,6 a 3,5 veces comparado con mujeres que no fuman. Cuantas más fumas, mayor el riesgo. Se ha descrito que el consumir tabaco provoca un retraso en la ovulación, alteraciones de la movilidad tubárica-uterina y riesgos de muerte en mujeres embarazadas. Sin embargo, ninguno de estos mecanismos todavía se ha claramente identificado en la etiología del embarazo ectópico.

➤ **Numero de compañeros sexuales:**

Una mujer al poseer múltiples parejas sexuales incrementa el riesgo de un embarazo ectópico, se menciona que podría tener relación con las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones de transmisión sexual.

➤ **Masa anexial palpable:**

Cuando se realiza un tacto vaginal se puede palpar una masa yxtauterina que va a ser de consistencia blanda y algo dolorosa a la presión, estará ubicada en el fondo de saco de Douglas o en la zona anexial.

## **EXAMENES AUXILIARES**

Para poder obtener un diagnóstico, comenzamos con 3 partes importantes, iniciamos por el dolor pélvico o abdominal, luego sangrado vaginal anormal y finalmente terminamos con la masa anexial palpable que son lo que nos podrían indicar un probable embarazo ectópico. Se incluye también los antecedentes personales de la paciente ya que este nos podría ayudar a buscar características relacionadas con el embarazo ectópico y por ultimo los exámenes auxiliares como la B-HCG y la ecografía transvaginal.

A continuación, se describen los principales exámenes auxiliares más utilizados como método de ayuda diagnóstica. (CARVAJAL, 2018)

- **PRUEBA DE EMBARAZO:**

La prueba de embarazo en sangre u orina cualitativa es positiva en el 90%

de los casos. (Liang, Revista Clínica de la Escuela de Medicina , 2018). En el caso de tener una sospecha de un embarazo ectópico es importante mandar una prueba de embarazo cualitativa.

- **GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA (B-HCG):**

Este se debe definir en dos escenarios, si la B-hCG se encuentra sobre la zona discriminatoria y si se encuentra por debajo de la misma; En el primer caso, se habla de una B-hCG menor a 3500 mUI/ml, se debe repetir a las 48 horas la prueba para determinar si existe el aumento adecuado que debería suceder en el contexto de un embarazo normal, si el valor aumenta, pero no en los rangos previamente descritos, se inclina hacia el diagnóstico de embarazo anormal, y se debe repetir el ultrasonido vaginal, si se documentan datos de embarazo ectópico, se inicia tratamiento, ya sea médico, o quirúrgico, si de manera contraria, se documenta hallazgos de embarazo intrauterino, este se clasifica como embarazo fallido. (Garita, 2021)

- **ECOGRAFIA TRANSVAGINAL:**

Se comprende que gracias al progreso tecnológico y la capacitación que hay en ecografía obstétrica es muy factible poder diagnosticar un embarazo ectópico mediante imagines en etapas cada vez más tempranas. (LOZADA, s.f.)

### **OTROS PROCEDIMIENTOS:**

Tenemos el legrado uterino y la laparoscopia que son procedimientos no tan comunes para confirmar el diagnostico de un embarazo ectópico.

la laparoscopia se considera el método estándar para confirmar un embarazo ectópico. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la laparoscopia puede presentar una tasa de falsos negativos del 3-4% y una tasa de falsos positivos del 5% cuando se utiliza con este propósito.

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

- Anexitis
- Calculo renal
- Apendicitis aguda
- Enfermedad pélvica inflamatoria

- Quiste de ovario torcido
- Salpingitis

En el embarazo ectópico roto debe diferenciarse de

- Mola hidatiforme
- Amenaza de aborto
- Hemoperitoneo

### **CUADRO CLINICO:**

Paciente de 30 años, sin antecedentes patológicos personales ni familiares, con antecedentes quirúrgico: Salpingectomía bilateral hace 2 años, antecedentes gineco-obstétricos: Gestas: 2, Parto: 2.

Se realiza valoración por el área de ginecología por llamado de medicina interna. Presenta cuadro clínico de 2 días de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso persistente de gran intensidad, mareo, cefalea holocraneana de intensidad leve. Se observa ictericia y palidez cutánea. Fecha de última menstruación: 20/04/2024. Refiere tener ciclo menstrual regular. Al momento paciente hemo dinámicamente estable, orientada en tiempo, espacio y persona, colabora con interrogatorio. Score mama de 4 por frecuencia cardiaca de 127 latidos por minuto y temperatura de 37.7 sin criterios Near Miss.

Se revisa exámenes de laboratorio de la institución en la que se reporta prueba de embarazo positiva y biometría que reporta anemia severa.

Se realiza ecografía transvaginal en el área de Ginecología, en la que se observa fondo de saco Douglas que impresiona hemoperitoneo. Ante este cuadro clínico se define el diagnóstico confirmado por embarazo ectópico roto y se decide preparar paciente para quirófano para poder realizar laparotomía exploratoria.

### **Tratamiento médico:**

1. Cloruro de sodio al 0,9% 500 ml pasar intravenoso a chorro y luego ml de Ringer de Lactato a chorro
2. Hemacel 500 ml a 40 gotas por minuto intravenoso
3. Cefazolina 2 gramos intravenoso STAT

## EXAMENES DE LABORATORIO:

Tabla 0.1: EXAMENES DE LABORATORIO

BIOMETRIA			
Nombre	Valor	Unidad factor	Valor referencial
Glóbulos Blancos (WBC)	8.20	10 <sup>3</sup> / UL	4.5 – 11.00
Glóbulos Rojos (RBC)	2.25	10 <sup>6</sup> / UL	4.50 – 5.00
Hemoglobina (HGB)	6.2	G / dl	12.0 – 16.0
Hematocrito (HCT)	18.9	Ç	37 – 54
Vol. Corp. Medio (MCV)	83.9	fL	80.0 – 100.0
Hemo. Corp. Medio (MCH)	27.4	Pg	27.0 – 32.0
Conc, Hgb. Corp. Medio (MCHC)	32.6	G / dL	31.0 – 37.0
Dist. Gb Rojos – SD	36.3	fL	37.0 – 51.0
Dist. Gb Rojos – CV	13.3	Ç	11.0 – 15.0
Plaquetas	225	10 <sup>3</sup> / UL	150 – 450
Vol. Plaquet, Medio (MPV)	11.4	fL	7.0 – 11.0
FORMULA LEUCOCITORIA			
Neutrófilo	77.82	Ç	50.0 – 73.0
Linfocitos	17.57	Ç	30.0 – 38.0
Monocitos	4.08	Ç	0.0 – 12.0
Eosinófilo	0.41	Ç	0.0 – 3.0
Basófilo	0.09	Ç	0.0 – 1.0
Prueba de embarazo	Positivo		
VIH	negativo		
Sífilis	negativo		
Hepatitis A	Negativo		
Hepatitis B	Negativo		
Hepatitis C	Negativo		

**Fuente:** Historia clínica del Hospital General Liborio Panchana

**Elaborado por:** Stephye Jhomary Cruzatty Sabando

Se recaba resultados de laboratorio: Hemoglobina 6.2, Glóbulos rojos 2.25, Hematocrito de 18.9, Neutrófilos 77.82, linfocitos 17.57. Podemos denotar bajos niveles de hemoglobina y de glóbulos rojos conjunto con el hematocrito denotando una anemia severa, neutrófilos elevados por una posible infección

bacteriana, también tiene linfopenia que básicamente es más propensa a sufrir de infecciones esto se da habitualmente por mala nutrición. Sumándole la prueba de embarazo positiva, VIH no reactivo y Sífilis negativo.

### **Informe de ecografía transvaginal**

Se observa en el anexo izquierdo, en la región de la trompa de Falopio una masa anexial compleja, también se nota la presencia de líquido libre en el fondo de saco Douglas y en la pelvis.

### **EVOLUCIÓN POST QUIRURGICA:**

Previa anestesia raquídea, se realiza laparotomía exploratoria en la que se visualiza y se extrae 2000 ml de hemoperitoneo, se observa porción distal de trompa izquierda engrosada y adherida al ovario izquierdo lo que se realiza remoción completa y resección cuneiforme del ovario ipsilateral. Trompa que se observa ligada y ambas porciones separadas, ovario derecho normal, útero aumentado de tamaño, se realiza toilette amplia con 1000 ml de solución salina y se deja drenaje tubular #18.

Score mama 0 y sin criterios Near Miss.

### **TRATAMIENTO MEDICO POST QUIRURGICO**

1. Cloruro de sodio al 0.9% 500 ml intravenoso más 300 mg de tramadol más 20 mg de metoclopramida a 20 gotas por minuto.
2. Cefazolina 1 gramo intravenoso cada 6 horas
3. Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas
4. Acido tranexámico 1 gramo intravenoso cada 8 horas

Ginecólogo de turno solicita transfundir 3 unidades de sangre.

## EXAMENES DE LABORATORIO POST QUIRURGICO\POST TRANFUSION DE SANGRE.

Tabla 0.2 exámenes de laboratorio post quirúrgico/post tranfusión de sangre

BIOMETRIA			
Nombre	Valor	Unidad factor	Valor referencial
Glóbulos Blancos (WBC)	14.00	10 <sup>3</sup> / UL	4.5 – 11.00
Glóbulos Rojos (RBC)	3.68	10 <sup>6</sup> / UL	4.50 – 5.00
Hemoglobina (HGB)	10.4	G / dl	12.0 – 16.0
Hematocrito (HCT)	29.7	Ç	37 – 54
Vol. Corp. Medio (MCV)	80.7	fL	80.0 – 100.0
Hemo. Corp. Medio (MCH)	28.2	Pg	27.0 – 32.0
Conc, Hgb. Corp. Medio (MCHC)	34.9	G / dL	31.0 – 37.0
Dist. Gb Rojos – SD	35.1	fL	37.0 – 51.0
Dist. Gb Rojos – CV	14.2	Ç	11.0 – 15.0
Plaquetas	185	10 <sup>3</sup> / UL	150 – 450
Vol. Plaquet, Medio (MPV)	12.0	fL	7.0 – 11.0
Reticulosis		Ç	0.5 – 2.5
FORMULA LEUCOCITORIA			
Neutrófilo	93.33	Ç	50.0 – 73.0
Linfocitos	4.70	Ç	30.0 – 38.0
Monocitos	1.82	Ç	0.0 – 12.0
Eosinófilo	0.00	Ç	0.0 – 3.0
Basófilo	0.12	Ç	0.0 – 1.0

**Fuente:** Historia clínica del Hospital General Liborio Panchana

**Elaborado por:** Stephye Jhomary Cruzatty Sabando

Se recaba resultados de laboratorio: Hemoglobina 10.4 después de transfusión de sangre, Glóbulos rojos 3.68, Hematocrito de 29.7, Neutrófilos 93.33, linfocitos 4.70.

### TRATAMIENTO UTILIZADOS PARA EMBARAZO ECTOPICO

Es muy importante tener información sobre diferentes diagnósticos y tratamientos a seguir en este tipo de pacientes.

- **Tratamiento Quirúrgico:**

El embarazo ectópico roto o complicado se puede tratar quirúrgicamente. Una laparoscopia conlleva una menor morbilidad y una

recuperación más rápida. Hay situaciones en donde la paciente presenta inestabilidad hemodinámica, se prefiere en estos casos la laparotomía, así mismo cuando la paciente muestra signos de rotura tubárica con shock hipovolémico se aconseja realizar una salpingectomía.

**Laparoscopia:** esto nos permite la visión de la cavidad pélvica-abdominal con la ayuda de una lente óptica. No es tan común ya que se utiliza para diagnosticar y tratar afecciones que ocurren en el abdomen y la pelvis. (Vior, s.f.)

**Laparotomía:** Esta se trata de una cirugía abierta del abdomen para ver los órganos que se encuentran en el interior, este puede diagnosticar una enfermedad abdominal que no es posible ver por otros métodos, en este caso sería para confirmar un diagnóstico de embarazo ectópico. (Ramírez, OMS, 2018)

- **Tratamiento médico con metotrexato.**

Durante el embarazo, las células se dividen rápidamente. El metotrexato retrasa o detiene la producción celular rápida. El médico le puede administrar metotrexato por inyección en un hospital, clínica o en el consultorio del médico para tratar el embarazo ectópico. En ocasiones, se le administrará metotrexato directamente durante el embarazo ectópico. (Nursing, 2023)

## **PROTOCOLO DE MANEJO**

Existen diferentes criterios para utilizar este medicamento:

1. Presencia de un embarazo ectópico no complicado
2. Embarazo menor a 6 semanas
3. Masa anexial menor a 3.5 cm de diámetro
4. Dosis baja de HCG

En la actualidad, podemos encontrar tres protocolos para tratar en embarazo ectópico con Metotrexato que son: multidosis, una sola dosis y dos dosis.

- **Protocolo de una sola dosis:** El metotrexato se administra de manera intramuscular a una dosis de 50mg/m<sup>2</sup> al día 0. Después se cuantifica la hCG sérica al día 4 y 7 post tratamiento.



Si la disminución entre los días 4 y 7 es menor al 15%, se administra una segunda dosis de metotrexato al día 7.

- **En el protocolo de dos dosis:** Se administra metotrexato de manera intramuscular a 50mg/m<sup>2</sup> en los días 0 y 4. Se cuantifica la hCG sérica al día 4 y 7 nuevamente y si la disminución entre los días 4 y 7 es menor al 15%, se administra una tercera dosis de metotrexato.
- **En el protocolo de multidosis:** Se administra una cuarta dosis de metotrexato de manera intramuscular y se obtiene otro nivel de hCG en el día 14. Si no hay una caída de al menos 15%, la paciente se refiere para manejo quirúrgico. (Liang, Embarazo ectópico, 2018)

## COMPLICACIONES

Cuando se omite el diagnóstico de un embarazo ectópico o no se realiza el manejo adecuado de la patología, existen riesgos significativos. En mujeres en edad fértil que experimentan dolor abdominal, es fundamental considerar el diagnóstico de embarazo extrauterino.

La complicación más común del embarazo extrauterino es la ruptura, que ocurre entre el 15 y el 20 % de todos los embarazos extrauterinos. Se debe a una hemorragia significativa que provoca hemoperitoneo, por lo que si se produce un estado de inestabilidad hemodinámica si no se realiza el procedimiento quirúrgico adecuado a tiempo, se corre el riesgo de comprometer la salud materna. (Malvino, 2010)

Todas las mujeres con hemoperitoneo en las que no se puede detectar el embarazo intrauterino deben sospechar esta complicación, ya que es una de las principales causas de mortalidad materna en el primer trimestre de gestación.

## PREVENCIÓN

- Diagnóstico y tratamientos oportunos de salpingitis.
- Diagnóstico y tratamientos oportunos de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Diagnóstico y tratamientos oportunos de enfermedades y transmisión

sexual.

- Evitar los factores de riesgo para enfermedad inflamatoria pélvica como tener múltiples parejas sexuales, tener relaciones sexuales sin protección y contraer enfermedades de transmisión sexual.

## **MARCO METODOLÓGICO**

### **VALORACION SEGÚN LA TEORIZANTE A UTILIZAR Y APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

#### **Patrón 1: Percepción – Manejo de la Salud:**

Paciente refiere haber acudido a consultas para Papanicolau cada año, también refiere haberse realizado una salpingectomía bilateral hace dos años, no es alcohólica ni refiere ingerir drogas de ningún tipo.

#### **Patrón 2: Nutricional – Metabólico**

Paciente refiere llevar una alimentación balanceada, tiene un peso de 52.1 kg y una talla de 160 cm dando así un IMC de 20.4 que indica normopeso, hipertermia, piel con palidez generalizada, mucosas semihúmedas, pálidas e hipocoloreadas.

#### **Patrón 3: Eliminación**

Evacuaciones normales, micciones normales, la paciente refirió mareos, pero no hubo emesis.

#### **Patrón 4: Actividad – Ejercicio**

Paciente con frecuencia cardiaca de 127 latidos por minuto, con una presión normal de 116/74 mmHg, frecuencia respiratoria normal de 15 respiraciones por minuto, paciente refiere poca actividad física.

#### **Patrón 5: Sueño – Descanso**

La paciente por la estancia hospitalaria y el constante dolor no ha podido conciliar el sueño correctamente.

#### **Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo**

Paciente orientada en tiempo, espacio y persona sin prótesis, con presencia de cefalea holocraneana, dolor abdominal difuso persistente de gran intensidad, mareo y malestar general.

### **Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto**

Paciente refiere percibirse como mestiza, dice ser una mujer feliz con buen estado de salud, le gusta mantener un ritmo de vida productivo.

### **Patrón 8: Rol – Relaciones**

Paciente refiere vivir en conjunto con su esposo e hijos, dice no tener problemas con vecinos ni con personas cercanas, no tiene problemas para relacionarse con los demás.

### **Patrón 9: Sexualidad – Reproducción**

Paciente se realizó hace dos años una salpingectomía bilateral, la paciente refiere tener precauciones con su sexualidad.

### **Patrón 10: Tolerancia al estrés**

La paciente refirió mucho dolor durante el transcurso de la recepción de esta misma, por lo que tuvo mucho estrés de por medio a más que menciona tener pánico por la intervención quirúrgica.

### **Patrón 11: valores – creencias**

La paciente refiere tener creencias católicas, pero no acude a ningún establecimiento religioso.

### **DATOS GENERALES.**

*Tabla 3 datos generales*

<b>Nombre completo</b>	Xxxxxxxxxxx
<b>Edad</b>	30
<b>Sexo</b>	Femenino
<b>Fecha de nacimiento</b>	1994\06\08
<b>Estado civil</b>	Casada
<b>Nivel de estudios</b>	Universidad
<b>Nivel sociocultural\economico</b>	Nivel medio
<b>Antecedentes gineco-obstetricos</b>	Gestas: 2 Parto: 2

**Fuente:** Historia clínica del Hospital General Liborio Panchana

**Elaborado por:** Stephye Jhomary Cruzatty Sabando

## FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DEFINITIVO

- **Diagnostico presuntivo** : Abdomen agudo R100
- **Diagnostico definitivo**: embarazo ectopico roto O009

## INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

### EXAMEN FISICO

Tabla 4 Examen Físico

<b>Cabeza</b>	Normocefalo.
<b>Cuello</b>	Sin adenopatias.
<b>Torax</b>	Simetrico, campos pulmonares ventilados.
<b>Abdomen</b>	Depresible, doloroso a la palapacion
<b>Cervix</b>	A la especuloscopia: no se observa sangrado vaginal ni secreciones. Al tacto: cervix posterior, largo, duro, cerrado.
<b>Miembros superiores</b>	Simetricos sin edema
<b>Miembros inferiores</b>	Simetricos sin edema

**Fuente:** Historia clinica del Hospital General Liborio Panchana

**Elaborado por:** Stephye Jhomary Cruzatty Sabando

### SIGNOS VITALES

Tabla 5 signos vitales

<b>Temperatura</b>	36.2
<b>Presión arterial</b>	116\74
<b>Frecuencia respiratoria</b>	15
<b>Frecuencia cardiaca</b>	74
<b>Estado de conciencia</b>	Alerta
<b>Saturacion de oxigeno</b>	99
<b>Proteinuria</b>	Negativa

**Fuente:** Historia clinica del Hospital General Liborio Panchana

**Elaborado por:** Stephye Jhomary Cruzatty Sabando

## **RESULTADOS**

### **Seguimiento.**

Paciente ingreso por el servicio de emergencia general, en donde fue atendida por un médico general, después de revisar los exámenes que traía de manera particular, se decidió por parte de medicina interna el ingreso por presentar anemia severa más sospecha de abdomen agudo. Para descartar diagnósticos presuntivos se enviaron pruebas de laboratorio, rayos X y para descartar sospechas se envió una prueba de embarazo para completar con la evolución.

Luego de recibir los resultados de los análisis por parte de medicina interna, se estableció otro método presuntivo y se realizó interconsulta con ginecología.

Estando en ginecología, se realizan nuevamente exámenes y ecografía transvaginal, se estableció el diagnóstico confirmado por embarazo ectópico roto, se tomó inmediatamente la decisión de intervenir quirúrgicamente a la paciente en la que se llevó a cabo una laparotomía exploratoria, en la que se encontró hemoperitoneo abundante, se observa porción distal de la trompa izquierda engrosada y adherida al ovario izquierdo. Ambas trompas de Falopio se observan ligadas y ambas porciones separadas.

Después de la intervención quirúrgica, la paciente sale de quirófano en condiciones estables y es trasladada a la sala post quirúrgico durante 2 horas, antes de ser llevada a la sala de hospitalización ginecológica.

Mientras estuvo hospitalizada, la paciente se encontraba en condiciones estables, score mama 0, ya no presentaba malestar alguno y se le realizaron exámenes de control post transfusional en donde ya no se reflejaba anemia.

Pasando 3 días de hospitalización, con resultados de exámenes de seguimiento en parámetros normales, la paciente es dada de alta sin complicaciones.

## **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Para el presente caso clínico se realizó una laparotomía exploratoria en paciente de 30 años con antecedente quirúrgico de salpingectomía bilateral hace 2 años.

En el momento de la intervención en el quirófano se confirmó mediante la laparotomía exploratoria el embarazo ectópico roto en trompa de Falopio izquierdo, por lo que se realiza remoción completa más una resección cuneiforme en ovario izquierdo, ambas trompas de Falopio se observan ligadas y ambas porciones separadas, ovario derecho se encontraba normal.

Entre los factores de riesgos que se predomina en este caso clínico para que se haya provocado un embarazo ectópico se encuentra la promiscuidad y la actividad de vida sexual activa que tiene la paciente. Por eso es importante hacerse chequeos por obstetricia o ginecología de vez en cuando ya que podría llegar a mayores, es te caso la paciente tuvo un embarazo ectópico roto y presento shock hipovolémico ya que estaba presentado una hemorragia interna y es lo que provocó la anemia severe.

Como menciona el protocolo de atención de complicaciones obstétricas “La evolución de la condición de salud está determinada por la causa que lo origine y la atención oportuna que se le brinde, por ello cuando se induce en condiciones inseguras, las complicaciones que se producen como la perforación uterina, intestinal y el shock bacteriano incrementan la morbilidad y el desenlace fatal a corto o mediano plazo.” (Managua, 2018)

## CAPITULO III

### CONCLUSIONES

- La gestión del embarazo ectópico debe iniciarse con una anamnesis exhaustiva y una evaluación clínica detallada. Es crucial recopilar información sobre antecedentes médicos relevantes, como infecciones vaginales, cirugías previas (por ejemplo, salpingectomía bilateral), uso de dispositivos intrauterinos y tratamientos de fertilidad. La descripción precisa de los síntomas iniciales, como el dolor abdominal, la hemorragia vaginal y los hallazgos clínicos, incluidos los signos de choque y la sensibilidad abdominal, es fundamental para un diagnóstico oportuno y preciso, lo que permite una mejor planificación del manejo.
- El manejo del embarazo ectópico roto debe ser individualizado según la estabilidad hemodinámica de la paciente y la localización del tejido ectópico. Las opciones terapéuticas, que varían desde el manejo médico con metotrexato hasta la intervención quirúrgica (laparoscópica o laparotomía) y, en ciertos casos, el manejo expectante, deben seleccionarse cuidadosamente. La decisión terapéutica debe basarse en una evaluación ponderada de los factores clínicos y pronósticos específicos de cada paciente, asegurando así un tratamiento personalizado y efectivo.
- Para minimizar las complicaciones en un embarazo ectópico roto, es crucial una intervención rápida y un manejo integral, que incluya monitorización hemodinámica, administración de líquidos y, si es necesario, transfusión de sangre. La intervención quirúrgica oportuna es esencial para estabilizar a la paciente y detener el sangrado. Además, la educación sobre los signos de advertencia y la atención médica temprana son vitales para prevenir futuras complicaciones. Evaluar factores de riesgo como infecciones pélvicas previas y cirugías tubáricas permite desarrollar estrategias preventivas más efectivas. Un enfoque interdisciplinario es clave para asegurar la mejor atención posible.



## RECOMENDACIONES

- Se recomienda establecer protocolos de intervención rápida y manejo integral para embarazos ectópicos, que incluyan la monitorización hemodinámica continua y la administración adecuada de líquidos y transfusiones cuando sea necesario. Esto es crucial para estabilizar a la paciente y prevenir complicaciones graves.
- Es fundamental implementar programas educativos para mujeres en edad reproductiva, centrados en la identificación temprana de los signos de advertencia de un embarazo ectópico. La educación sobre la importancia de buscar atención médica temprana puede reducir significativamente el riesgo de complicaciones severas.
- Se recomienda realizar una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo en pacientes susceptibles, como antecedentes de infecciones pélvicas o cirugías tubáricas. Un seguimiento riguroso de estas pacientes puede ayudar a desarrollar estrategias preventivas efectivas y mejorar los resultados clínicos.

## CAPITULO IV

### REFERENCIA

- Sridhar, A. (10 de 2023). *MANUAL MSD*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trastornos-del-embarazo-temprano/embarazo-ect%C3%B3pico>
- Logroño, D. (2020). Prevalencia de embarazo ectópico en el Hospital Carlos Andrade Marín, 2017 a 2019. *MetroCiencia*, 59.
- INEC. (s.f.). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censos
- Salavarría. (2018). *Embarazo Ectopico* . Obtenido de <https://www.sefertilidad.net/?seccion=biblioteca&subSeccion=guiasClinicas>
- Garita, D. S. (2021). *Embarazo Ectopico*. Obtenido de <file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-GeneralidadesDelEmbarazoEctopico-8860165.pdf>
- Liang, H. H. (2018). *Revista Clínica de la Escuela de Medicina* . Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
- Managua, N. (2018). *Protocolos para la atención de las complicaciones obstetricas* . Obtenido de <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/NIC-MN-32-01-GUIDELINE-2018-esp-Normativa-109--Protocolos-para-la-atenci%C3%B3n-de-las-complicaciones-obst%C3%A9tricas--2018.pdf>
- Medicine, A. S. (2014). *EMBARAZO ECTÓPICO*. Obtenido de [https://www.reproductivefacts.org/globalassets/\\_rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/spanish-pdf/embarazo\\_ectopico\\_booklet\\_spanish.pdf](https://www.reproductivefacts.org/globalassets/_rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/spanish-pdf/embarazo_ectopico_booklet_spanish.pdf)
- MINISTERIO DE SANIDAD, S. S. (2009). *Programa Formativo de la especialidad de enfermería obstetrico ginecologico*. Obtenido de [file:///C:/Users/PC/Downloads/Manual\\_EIR\\_Vol\\_4.pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/Manual_EIR_Vol_4.pdf)
- CARVAJAL, D. J. (2018). *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
- LOZADA, D. A. (s.f.). *Corte Constitucional del Ecuador* . Obtenido de [http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10\\_DWL\\_FL/e2NhcNBlDG E6J2VzY3JpdG8nLCB1dWlkOidjM2M2YTk5Mi1kYWlwLTQ4NTEtOWFkMS00 NTJmNzcxMzZjMmUucGRmJ30=](http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcNBlDG E6J2VzY3JpdG8nLCB1dWlkOidjM2M2YTk5Mi1kYWlwLTQ4NTEtOWFkMS00 NTJmNzcxMzZjMmUucGRmJ30=)
- Vior, D. L. (s.f.). *Ginecología*. Obtenido de <https://www.luciaviorginecologa.org/area-quirurgica/>
- Ramírez, L. (2018). *OMS*. Obtenido de

<https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/951-postquirurgico-de-laparatomia-exploratoria/>  
Nursing, N. M. (2023). *Educación del paciente cuidado y tratamiento* .

Liang, H. H. (2018). *Embarazo ectópico*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>

Malvino, D. E. (2010). *Shock Hemorrágico en Obstetricia*. Obtenido de [https://www.fasgo.org.ar/images/Shock\\_Hemorrágico.pdf](https://www.fasgo.org.ar/images/Shock_Hemorrágico.pdf)

OMS. (s.f.). *Informe de un grupo científico de la OMS*. Obtenido de [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38296/WHO\\_TRS\\_461\\_spa.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38296/WHO_TRS_461_spa.pdf?sequence=1)

OMS\OPS. (2018). *unfpa*.

## ANEXOS



**Fuente:** Hospital General Dr Liborio Panchana Sotomayor

**Elaborado por:** Cruzatty Sabando Stephy Jhomary.



**Fuente:** historia clinica del Hospital General Dr Liborio Panchana Sotomayor

**Elaborado por:** Cruzatty Sabando Stephy Jhomary



**Fuente:** historia clinica del Hospital General Dr Liborio Panchana Sotomayor  
**Elaborado por:** Cruzatty Sabando Stepheye Jhomary



**Fuente:** Hospital General Dr Liborio Panchana Sotomayor  
**Elaborado por:** Cruzatty Sabando Stepheye Jhomary

# CRUZATTY SABANDO STEPHYE JHOMARY

**6%**  
Textos  
sospechosos



**6% Similitudes**  
0% similitudes entre comillas  
0% entre las fuentes mencionadas  
**0% Idiomas no reconocidos**  
**0% Textos potencialmente generados por la IA**

Nombre del documento: CRUZATTY SABANDO STEPHYE  
JHOMARY.docx  
ID del documento: 750126ef2ee792f54712145c29caf7409e1d6e34  
Tamaño del documento original: 34,33 kB

Depositante: MERCY YESLIN MORAN GUERRERO  
Fecha de depósito: 11/8/2024  
Tipo de carga: interface  
fecha de fin de análisis: 11/8/2024

Número de palabras: 3621  
Número de caracteres: 22.897

Ubicación de las similitudes en el documento:



## Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<a href="https://www.infobae.com">www.infobae.com</a>   Embarazo ectópico: causas, síntomas y tratamiento – Infobae <a href="https://www.infobae.com/noticias/2022/12/30/embarazo-ectopico-causas-sintomas-y-tratamiento/">https://www.infobae.com/noticias/2022/12/30/embarazo-ectopico-causas-sintomas-y-tratamiento/</a> 2 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (116 palabras)
2	<a href="https://www.medigraphic.com">www.medigraphic.com</a> <a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliesmed/ucr-2019/ucr191d.pdf">https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliesmed/ucr-2019/ucr191d.pdf</a>	1%		Palabras idénticas: 1% (75 palabras)

## Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<a href="https://www.msmanuals.com">www.msmanuals.com</a>   Embarazo ectópico – Embarazo ectópico – Manual MSD v... <a href="https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecologia-y-obstetricia/trastornos-del-embaraz...">https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecologia-y-obstetricia/trastornos-del-embaraz...</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (27 palabras)
2	<a href="https://repositorio.ug.edu.ec">repositorio.ug.edu.ec</a> <a href="https://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/65986/1/CD_3558-TORRES_PIEDRA,_JESSICA_KATHERI...">https://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/65986/1/CD_3558-TORRES_PIEDRA,_JESSICA_KATHERI...</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (25 palabras)
3	Documento de otro usuario #db278b El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (15 palabras)
4	<a href="https://es.wikipedia.org">es.wikipedia.org</a>   Laparoscopia – Wikipedia, la enciclopedia libre <a href="https://es.wikipedia.org/wiki/Laparoscopia">https://es.wikipedia.org/wiki/Laparoscopia</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (14 palabras)
5	<a href="https://enfermeriaeducativa.com">enfermeriaeducativa.com</a>   Casos de embarazos ectopicos – Enfermería Educativa <a href="https://enfermeriaeducativa.com/casos-de-embarazos-ectopicos/">https://enfermeriaeducativa.com/casos-de-embarazos-ectopicos/</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)

**Fuentes ignoradas** Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	CASO CLINICO DE CRUZATTY.docx   CASO CLINICO DE CRUZATTY #1a8a1b El documento proviene de mi biblioteca de referencias	21%		Palabras idénticas: 21% (750 palabras)
2	<a href="https://dialnet.unirioja.es">dialnet.unirioja.es</a> <a href="https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8860165.pdf">https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8860165.pdf</a>	3%		Palabras idénticas: 3% (133 palabras)
3	<a href="https://www.medigraphic.com">www.medigraphic.com</a> <a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms215c.pdf">https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms215c.pdf</a>	3%		Palabras idénticas: 3% (133 palabras)
4	<a href="https://www.mayoclinic.org">www.mayoclinic.org</a>   Embarazo ectópico – Síntomas y causas – Mayo Clinic <a href="https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/ectopic-pregnancy/symptoms-causes/syc-20372...">https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/ectopic-pregnancy/symptoms-causes/syc-20372...</a>	3%		Palabras idénticas: 3% (116 palabras)
5	<a href="https://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> <a href="https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/20.500.14138/1412/1/WZPALOMINOZ.pdf">https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/20.500.14138/1412/1/WZPALOMINOZ.pdf</a>	3%		Palabras idénticas: 3% (104 palabras)



Firmado electrónicamente por:  
**MERCY YESLIN MORAN  
GUERRERO**