



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**“EMBARAZO ECTOPICO ACCIDENTADO EN PACIENTE DE 26 AÑOS DE
EDAD”**

AUTORA:

GLORIA CELESTE POZO CEVALLOS

TUTOR:

DR. HUGO ALVARADO FRANCO

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2018



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. CARLOS HIDALGO COELLO, MSc.
DECANO O DELEGADO (A)

OBST. LICIAN MUÑOZ SOLÓRZANO, MSc.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)

DR. CONSTATINO DARRAMON HILL, MSc.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)

AB CARLOS FREIRE NIVELÁ
SECRETARIA GENERAL (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Hugo Alvarado Franco, en calidad de Docente - Tutor de la estudiante Srta. Gloria Celeste Pozo Cevallos, la misma que está matriculada en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, "EMBARAZO ECTOPICO ACCIDENTADO EN PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD", de la Carrera de Obstetricia de la Escuela de Obstetricia, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de septiembre del año 2018


HUGO ALVARADO FRANCO
Calle 445 BABAHOYO
Celular: 066762289

Dr. Hugo Alvarado Franco

CI: 1200348041

*Deber
ahora
17/09/18*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Obstetricia
Carrera de Obstetricia

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

"EMBARAZO ECTOPICO ACCIDENTADO EN PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD"

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

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

Fecha: 17 de Septiembre del 2018

Autora

Gloria Pozo Cevallos
CI. 120798921-9

*OTL
17/09/18
ob*



Babahoyo, 17 de Septiembre del 2018

CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION, EXAMEN COMPLEXIVO

Lic. Betty Narciza Sacón Roca. PhD.

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

En mi calidad de tutor de la señorita **POZO CEVALLOS GLORIA CELESTE**, en el CASO-CLÍNICO COMPLEXIVO, entrego el certificado del sistema URKUND.

URKUND

Documento	EMBARAZO ECTOPICO GLORIA POZO.docx (D41474144)
Presentado	2018-09-15 20:30 (-05:00)
Presentado por	gloriapc06@hotmail.com
Recibido	halvarado.utb@analysis.orkund.com
Mensaje	Caso clínico de la estudiante Gloria Pozo, Embarazo ectopico Mostrar el mensaje completo

5% de estas 9 páginas, se componen de texto presente en 4 fuentes.

DR. HUGO ALVARADO FRANCO



INDICE

Contenido

INDICE.....	II
RESUMEN.....	II
INTRODUCCION	IV
TITULO	V
1.1. MARCO TEORICO	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	13
1.3 OBJETIVOS.....	14
1.4 Objetivo general.....	14
1.5 DATOS GENERALES:	14
2 METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	15
2.1 Análisis del motivo de consulta.	15
2.2 Anamnesis.....	15
2.3 Examen físico	16
2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS	16
2.5 FORMULACIÓN DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	18
2.6 Análisis y descripción que determinan el problema.	19
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales	19
2.8 SEGUIMIENTO.	20
2.9 OBSERVACIÓN.	21
CONCLUSION.	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS.....	23

RESUMEN

En condiciones normales el blastocito se implanta en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina. La implantación en cualquier otro sitio ya sea esta en la trompa de Falopio, cavidad abdominal u ovario se considera una complicación que se define como embarazo ectópico o fuera del útero. Se produce por una complicación en la reproducción humana, es una de las principales causas de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre del embarazo.

Conocer los factores de riesgo presenta ventaja al momento de prevenir y diagnosticar esta patología, entre los principales factores de riesgo se encuentra el antecedente de embarazo ectópico, aborto, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria uso de anticonceptivos con DIU, infección por chlamydia o gonococo, tabaquismo e infertilidad para su diagnóstico definitivo se debe realizar prueba de gonadotropina coriónica y ultrasonido transvaginal.

Existe dos tipos de tratamiento el metrotexate que funciona como antagonista del ácido fólico es una de las principales vías para el tratamiento sin necesidad de cirugía y el tratamiento quirúrgico de elección es la salpinguectomía por vía laparoscópica.

En este caso clínico se presenta una mujer de 26 años quien acude al HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESUS de la ciudad de Quevedo el día martes 26 de junio del presente año, la cual reportaba dolor de gran intensidad en hipogastrio acompañada de náusea que terminaban en vómito desde hace +/- 3h de evolución, se realiza biometría hemática completa y prueba de BHCG que confirma embarazo, se practica ultrasonido abdominal que reporta masa ecogénica en fosa iliaca derecha sugestivo a embarazo ectópico se decide su ingreso de emergencia para tratamiento quirúrgico.

Palabras claves: Ectópico, laparotomía, salpinguectomía.

SUMMARY

Under normal conditions the blastocyst is implanted in the endometrial lining of the uterine cavity. Implantation in any other place, whether it is in the fallopian tube, abdominal cavity or ovary is considered a complication that is defined as ectopic pregnancy or outside the uterus. It is caused by a complication in human reproduction, is one of the main causes of infant and maternal morbidity in the first trimester of pregnancy.

Knowing the risk factors has an advantage when it comes to preventing and diagnosing this pathology, among the main risk factors is the antecedent of ectopic pregnancy, abortion, history of pelvic inflammatory disease use of contraceptives with IUD, chlamydia or gonococcal infection, smoking and infertility for its definitive diagnosis should be performed chorionic gonadotropin test and transvaginal ultrasound.

There are two types of treatment metrotexate that works as an antagonist of folic acid is one of the main routes for treatment without surgery and the surgical treatment of choice is laparoscopic salpingectomy.

In this clinical case, a 26-year-old woman is presented who goes to the HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESUS in the city of Quevedo on Tuesday, June 26 of this year, which reported severe pain in the hypogastrum accompanied by nausea that ended in vomiting. since +/- 3h of evolution, complete blood count and BHCG test that confirms pregnancy is performed, abdominal ultrasound is performed, which reports an echogenic mass in the right iliac fossa suggestive of ectopic pregnancy, and their emergency admission for surgical treatment is decided.

Key words: Ectopic, laparotomy, salpingectomy.

INTRODUCCION

En condiciones normales el blastocito se implanta en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina. La implantación en cualquier otro sitio ya sea esta en la trompa de Falopio, cavidad abdominal u ovario se considera una complicación que se define como embarazo ectópico o fuera del útero. Se produce por una complicación en la reproducción humana, es una de las principales causas de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre del embarazo. (Williamns, 2014, p. 238)

El riesgo de morir por causa de un embarazo extrauterino es mayor que en un embarazo a término en parto fisiológico o se interrumpe de manera intencional. El embarazo ectópico se considera una emergencia médica, en la provincia de Los Ríos la tasa de mujeres es del 0,2% con esta patología y un 4% a nivel Nacional.

En este caso clínico se presenta una mujer de 26 años quien acude al HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESUS de la ciudad de Quevedo el día martes 26 de junio del presente año, la cual reportaba dolor de gran intensidad en hipogastrio acompañada de náusea que terminaban en vómito desde hace +/- 3h de evolución, se realiza biometría hemática completa y prueba de BHCG que confirma embarazo, se practica ultrasonido abdominal que reporta masa ecogénica en fosa iliaca derecha sugestivo a embarazo ectópico se decide su ingreso de emergencia para tratamiento quirúrgico.

TITULO

“EMBARAZO ECTOPICO ACCIDENTADO EN PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD”

1.1. MARCO TEORICO

El embarazo ectópico o extrauterino es aquel en que el blastocito se implanta en cualquier sitio fuera del revestimiento endotelial de la cavidad uterina. Cerca de 95% de los embarazos de este tipo se implantan en la trompa de Falopio. Los embarazos ectópicos bilaterales son raros y su prevalencia calculada es de 1 caso por cada 200 000 gestaciones (Barbara L. Hoffman, 2008)

Factores de riesgo

Conocer los factores de riesgo presenta tres ventajas: permite realizar una prevención primaria del EE, una prevención secundaria al realizar el diagnóstico precoz del EE, y tratar de evitar una recidiva. En un metaanálisis se menciona que son seis los factores de riesgo considerables: antecedente de EE, antecedente de cirugía tubaria, exposición a dietilestilbestrol, existencia de lesiones tubarias y uso de anticoncepción con DIU o esterilización tubaria. Los factores de riesgo que elevan moderadamente el riesgo de un EE son: infección por Chlamydia o gonococo, pelviperitonitis, infertilidad, tabaquismo y número de compañeros sexuales mayor a uno. El uso de técnicas de reproducción asistida aumenta también los riesgos de un EE y de un embarazo heterotópico. La incidencia de este último en la población general es de 1/4 000 y de 1/1 000 en embarazos in vitro. (Omar Felipe Dueñas García, 2015)

Alto riesgo:

Antecedente de embarazo ectópico

Tener como antecedente el embarazo ectópico se encuentra entre una de los principales factores de riesgo, siendo probable que

su recurrencia en estos casos sea del 15% del cual se constata que el riesgo del 8% se da con tratamiento en monodosis con metrotexate y que el riesgo aumenta un 9.8% cuando se realiza salpinguectomia y hasta 15.4% si es tratada con salpingostomia

Patología tubárica: engloba principalmente cirugía tubárica previa y la enfermedad inflamatoria pélvica presenta un riesgo común ajustado o cociente de disparidad de 6.7. La tasa de fallo de una esterilización definitiva requiere una mención especial puesto que presenta una tasa de fallo entre el 0.1 y el 0.8% de los cuales un tercio son embarazos ectópicos. La exposición a dietilestilbestrol compromete la morfología uterina y función fimbrial siendo otro factor de riesgo alto para la presentación de un EE así como el fallo del DIU con un riesgo de 6,4.

Riesgo moderado:

Antecedentes de Enfermedad Inflamatoria Pélvica: la fase inflamatorio por resultado de una infección en los órganos pélvicos decretara una alteración anatómica y funcional de mayor impacto a nivel de las trompas uterinas lo que representa un riesgo para embarazo ectópico calculado de 3.4. Un estudio realizado en 415 mujeres con EPI manifestada por laparoscopia; determinó además que el riesgo de obstrucción tubárica tras recurrencia aumentaba elocuentemente siendo del 13% después de un episodio, 35% después de dos y 75% con un tercer episodio. La Chlamydia trachomatis es importante en la lesión tubárica y posterior gestación a este nivel al obtenerse un cultivo positivo en el 7 al 30% de los casos.

Antecedentes de esterilidad: debido a la inducción de la ovulación tanto con gonadotropinas como con citrato de Clomifeno, se puede generar una hiperestimulación ovárica con la consecuente elevación estrogénica que altera la función contráctil de las trompas uterinas.

Tabaquismo: fumar se asocia a la presentación de embarazo ectópico en relación a la dosis. Consumidoras de 20 tabacos diarios presentan un riesgo relativo de 3.5,

mientras que el consumo de 10 tabacos al día mostraba un riesgo relativo de 2.3. La nicotina repercute en el peristaltismo tubárico, motilidad ciliar e implantación del blastocisto

Bajo riesgo:

Métodos de fertilización asistida que tienen entre 5 al 7% de los casos embarazos ectópicos que es significativamente superior a las halladas en embarazos espontáneos; asociados a varias situaciones como: inducción de ovulación, el lugar del traspaso embrionario, el volumen del medio de cultivo que condiciona un reflujo hacia la trompa. Es importante recalcar que estas técnicas se vinculan también con los aún más raros embarazos heterotópicos y aumentan la incidencia de los ectópicos de localización intersticial, cervical y abdominal.

Antecedente de cirugía pélvica o abdominal: a pesar de no ser realizada directamente sobre la trompa; una cirugía de este tipo indica un riesgo de 0.9-3.8 a consecuencia de cicatrices peritubáricas y síndrome adherencial.

Abortos: varios estudios han demostrado asociación del embarazo ectópico y el aborto espontáneo; que al ser repetitivo implica un riesgo hasta cuatro veces mayor. Es controversial la relación con el aborto inducido.

Otros: se ha calculado que el mantenimiento de relaciones sexuales con varios varones suponen un riesgo. Los lavados vaginales regulares se asocian con un mayor riesgo de presentación de EE así como el inicio de actividad sexual antes de los 18 años que presenta un riesgo de 1.6, en ambos casos relacionados con EPI. (Reinoso, 2015)

Fisiopatología:

La implantación anómala del blastocisto comprende el fallo de algún paso del proceso de migración e implantación; primero se inicia en el momento de la liberación del ovocito secundario durante la ovulación, en la que el extremo fimbriado de la trompa uterina se pega al ovario. El movimiento de las fimbrias y de las corrientes líquidas inducidas por los cilios de las células de la mucosa fimbriada producen un efecto de barrido que empuja al ovocito inicialmente hacia el infundíbulo de la trompa uterina. A continuación el ovocito es desplazado hacia la región ampular, sitio donde usualmente se produce la fecundación, la fecundación puede ocurrir en otras porciones de la trompa, fisiológicamente no tiene lugar en el útero, puesto que las señales quimiotácticas producidas por las células foliculares del ovocito guían a los espermatozoides competentes hacia esta región anatómica.

Posteriormente el peristaltismo efectuado por movimientos alternantes de contracción y relajación de la pared tubárica, llevan el cigoto al útero para iniciar su implantación. La implantación es simultáneo con el desarrollo del embrión bilaminar y ocurre durante la segunda semana de gestación, en un período exclusivo de tiempo entre el sexto y décimo día posteriores a la fecundación.

El blastocisto arriba a la cavidad uterina alrededor del día quinto del desarrollo embrionario, la zona pelúcida que ha mantenido la unión de las blastómeras y ha evitado

La implantación ectópica en las trompas uterinas desaparece y las células adhesivas del trofoblasto comienzan a interactuar con el endometrio que se encuentra en la fase secretora o luteínica, donde las glándulas están desarrolladas y las arteriolas de la submucosa se encuentran tortuosas y pletóricas. En este período se reconocen tres capas del endometrio: basal, esponjosa y compacta. Hacia finales del sexto día de desarrollo el trofoblasto del polo embrionario se fija

en la capa compacta del endometrio y, mediante una acción histolítica, comienza a profundizarse en la mucosa.

El lugar de implantación normalmente se da en la pared anterior o posterior de la cavidad uterina cercano al fondo del útero, en el proceso, el endometrio se autodestruye en respuesta a la interacción con el trofoblasto y experimenta la reacción decidual, donde se observa una hipertrofia celular endometrial y acumulación de glucógeno y lípidos en el citoplasma. La reacción decidual evita el rechazo del embrión, que es antigénicamente diferente a los tejidos maternos y, además, evita que la implantación progrese hasta el miometrio.

La interacción con el endometrio estimula a las células trofoblásticas, las cuales se multiplican con gran rapidez, diferenciándose dos capas: una externa llamada sincitiotrofoblasto que constituye una masa multinucleada de rápida expansión que invade la mucosa uterina, absorbe nutrientes y produce gonadotrofina coriónica, y una interna denominada citotrofoblasto, que está formando las paredes del blastocito y originará las vellosidades coriónicas primarias. La invasión progresa de tal manera que hacia el día 14 del desarrollo el blastocito está sumergido en el endometrio y la capa compacta de la mucosa cubre el polo abembrionario del blastocito.

Normalmente la implantación del trofoblasto se realiza en la parte alta de la cavidad uterina, esta se puede ver alterada debidos factores en la función tubárica o a nivel uterino que impida in adecuado crecimiento del producto de la gestación produciendo una inadecuada inserción de la placenta que puede complicar el trabajo de parto

Extremadamente inusuales son las implantaciones ectópicas o extrauterinas, como el embarazo tubárico que generalmente causan rotura de la trompa uterina y hemorragia hacia la cavidad peritoneal desde la octava semana de gestación. De

darse la implantación en la región ístmica la ruptura se da más tempranamente por la estrechez de esta zona y una menor capacidad elástica, además la hemorragia es más profusa debido a las anastomosis de vasos ováricos y uterinos presentes. Un embarazo ectópico cornual puede dar pasó a un mayor tiempo de desarrollo previo ruptura del mismo.

Los embarazos ectópicos tubáricos que se ubican en la ampolla o las fimbrias además de accidentarse pueden ser abortados hacia la cavidad peritoneal donde pueden reimplantarse, tornándose de esta forma en un embarazo ectópico abdominal, que muy raramente finaliza su desarrollo en cuyo caso se asocian a morbilidad por aporte nutricional inadecuado o malformaciones por presión mecánica de órganos intraabdominales durante la gestación. Es más común que un embarazo ectópico abdominal degenera y se calcifique o se accidente produciendo significativamente más morbimortalidad que un embarazo intrauterino o un ectópico tubárico. (reinoso, 2016)

Clasificación

El embarazo ectópico se clasifica de acuerdo a la gravedad de su presentación o según al lugar donde se dé la implantación

Por su gravedad:

Embarazo ectópico no complicado

Se caracteriza por la presencia de equilibrio hemodinámica, los síntomas pueden ser de leve intensidad o ausentes. En la mayoría de estos casos son reabsorbidos de manera espontánea o pueden solucionarse con tratamiento clínico o de manera expectante

Embarazo ectópico complicado

A diferencia del embarazo ectópico no complicado, el embarazo ectópico complicado se distingue por el evidente desequilibrio hemodinámico según el grado

de pérdida sanguínea o hemorragia. Uno de los trastornos de menor gravedad y el más común es el aborto tubárico que se da entre las 6 y 12 semanas, en el cual por el mecanismo peristáltico tubárico es expulsado el trofoblasto produciéndose un sangrado en moderada cantidad que habitualmente cesa de manera espontánea. Otra de las complicaciones se da cuando se produce la ruptura del embarazo ectópico que por lo general se presenta en gestaciones mayor de 12 semanas habitualmente de ubicación tubárica, el trofoblasto crece de manera progresiva llegando a comprometer la irrigación de la región que lo alberga haciendo que este se distienda a tal manera que se produce hemorragia. “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” (chavez, 2016).

Embarazo Ovárico

La implantación ectópica del ovocito fecundado en el ovario es rara y se diagnostica cuando se cumplen cuatro criterios clínicos. Éstos fueron descritos por Spiegelberg (1878) e incluyen:

- 1) la trompa ipsolateral se encuentra intacta y se distingue del ovario
- 2) el embarazo ectópico ocupa el ovario
- 3) el embarazo ectópico está conectado por el ligamento tuboovárico con el útero
- 4) en el análisis histológico, puede demostrarse tejido ovárico en el tejido placentario.

Es probable que un aumento más reciente en la incidencia del embarazo ovárico sea un artefacto por la mejoría en las modalidades de imagen. Los factores de riesgo son similares a los del embarazo tubario. En un estudio, las usuarias de UID, tuvieron una mayor proporción de embarazos ováricos que las no usuarias, de 5.5% en comparación con cero (Organización Mundial de la Salud, 1985). Casi 33% de las mujeres con un embarazo ovárico manifestó inestabilidad hemodinámica por rotura. El diagnóstico se basa en la descripción ecográfica clásica de un quiste con un anillo externo ecógeno amplio sobre o alrededor del ovario (Comstock, 2005).

Embarazo Intersticial

Los embarazos intersticiales se implantan en el segmento proximal de la trompa de Falopio, que se encuentra dentro de la pared muscular uterina. El dato anatómico característico es el aumento de volumen lateral a la inserción del ligamento redondo. De manera incorrecta, a veces se denominan “embarazos cornuales”, pero este término se aplica a los embarazos que se desarrollan en los cuernos uterinos con anomalías del conducto mesonéfrico (Lau, 1999; Moawad, 2010). Antes, la rotura de los embarazos intersticiales casi siempre se presentaba después de 8 a 16 semanas de amenorrea debido a la mayor distensibilidad del miometrio que cubre el segmento intersticial de la trompa de Falopio. Los factores de riesgo son similares a los otros descritos, aunque la salpinguectomía ipsolateral previa es un factor de riesgo específico para el embarazo intersticial (Lau, 1999). Debido a la proximidad de estos embarazos con las arterias uterina y ovárica, existe el riesgo de hemorragia grave, que conlleva tasas de mortalidad de hasta 2.5%

Embarazo Cervicouterino

En la gestación cervicouterino tiene una frecuencia aproximada de 1 en 8 600 a 12 400 embarazos. Parece ser que su aumento en la frecuencia se debe a la tecnología de la reproducción asistida, especialmente por la fertilización in vitro y la transferencia de embriones. El factor de riesgo exclusivo del embarazo cervicouterino es el historial de dilatación y legrado, que se obtiene casi en 70% de los casos. Para confirmar un embarazo cervicouterino es necesario tener los siguientes criterios diagnósticos:

- 1) Presencia de glándulas cervicales opuestas al sitio de inserción placentaria y
- 2) La placenta o parte de esta se debe ubicar por debajo de la entrada de los vasos uterinos o del pliegue peritoneal en las superficies uterinas anterior y posterior.

- 3) En las pacientes que conservan el equilibrio hemodinámica y tienen un embarazo cervicouterino en el primer trimestre, se le puede dar el tratamiento sistémico con metotrexato.

Embarazo en la cicatriz de una cesárea previa

Un problema raro que conlleva una gran morbilidad y mortalidad por hemorragia masiva, es la implantación en la cicatriz de una cesárea previa a través de un trayecto microscópico en el miometrio. Las revisiones más recientes citan que la incidencia de embarazo en la cicatriz de una cesárea es de 1 por cada 2 000 embarazos. Estos trayectos microscópicos también pueden ser consecuencia de otras cirugías uterinas (legrado, miomectomía, histeroscopia quirúrgica) y tal vez de la extirpación manual de la placenta. La diferenciación entre un embarazo cervicoístmico y un embarazo en la cicatriz de una cesárea puede ser difícil; varios investigadores describieron datos ecográficos), hay cuatro criterios ecográficos que deben cumplirse para establecer el diagnóstico:

- 1) cavidad uterina vacía
- 2) conducto cervicouterino vacío
- 3) saco gestacional en la parte anterior del istmo uterino,
- 4) ausencia de miometrio sano entre la vejiga y el saco gestacional.

No hay estándares terapéuticos, pero las opciones incluyen metotrexato sistémico o en inyección local, ya sea solo o combinado con legrado por aspiración o extirpación histeroscópica. Otro método es la resección ístmica. La embolización de la cavidad uterina puede usarse como adyuvante para minimizar el riesgo de hemorragia. En la mayoría de los casos puede conservarse el útero, aunque la histerectomía también es una opción aceptable y a veces necesaria. (hoffman, 2014)

Diagnostico clínico

Los signos y síntomas de la paciente suelen ser inespecíficos y variados, muchas veces los síntomas dependen del lugar de la implantación si se produce invasión vascular esto hace que se desencadene hemorragia genere el dolor “La presentación clínica y el curso natural es a veces impredecible: Muchas gestaciones ectópicas son asintomáticas y se resuelven como abortos espontáneos, pero en otras ocasiones la paciente debuta con un cuadro de shock sin síntomas previos”. (obstetricia, 2006)

El dolor abdominal brusco, intenso, en hemiabdomen inferior es el síntoma más común y se presenta el 90-100% de las mujeres sintomáticas. Junto con el sangrado vaginal y la amenorrea/retraso menstrual, constituye la clásica triada del diagnóstico clínico, aunque está presente en tan sólo el 50% de las pacientes con Embarazo ectópico. Otras manifestaciones como la clínica gravídica o el síncope son más inconstantes en su presentación

Como respaldo en el diagnóstico se envían la prueba de embarazo cuantitativa, de Gonadotrofina Coriónica Humana (B-GCH), los síntomas incluyen sangrado vaginal (el cual es típicamente intermitente y pocas veces excede el volumen de un flujo menstrual normal), dolor pélvico o dolor abdominal tipo cólico. (Fescina R, 2012)

Diagnostico ecográfico

Para un diagnóstico más certero y precoz de la gestación ectópica se recomienda la ecografía transvaginal, el diagnóstico de certeza se realiza cuando podemos observar un saco gestacional y/o embrión que se encuentre implantado fuera del útero.

- La imagen es heterogénea, generalmente esférica y alargada

- En el 28-56% de los casos se observa la presencia de líquido hiperecogénico en la pelvis

TRATAMIENTO

Metotrexato

El metotrexato es un antagonista del ácido fólico que constituye la principal vía de tratamiento de la gestación ectópica sin la necesidad de cirugía. Su función es la inhibición de la síntesis de purinas y pirimidinas, interfiriendo así en la síntesis del ADN y, por tanto, en el desarrollo de los tejidos que crecen rápidamente.

El uso de este fármaco se encuentra restringido a los siguientes casos: paciente hemodinámicamente estable, que no presente dolor abdominal severo o persistente, susceptible de seguimiento hasta que el embarazo ectópico se resuelva y con un correcto funcionamiento hepático y renal (Santamaria Esther, 2012).

Indicaciones:

- ✓ Paciente hemodinámicamente estable.
- ✓ Ausencia de dolor abdominal
- ✓ Funcionamiento normal hepático y renal
- ✓ Nivel de BHCG menor a 5000 UI/L
- ✓ ECOGRAFIA. Diámetro inferior del embarazo ectópico menor a 4cm.

Contraindicaciones:

- ✓ Visualización de Hemoperitoneo por ecografía
- ✓ Anemia, plaquetopenia moderada o severa
- ✓ Úlcera gástrica activa
- ✓ Gestación intrauterina
- ✓ Mujeres en periodo de lactancia materna
- ✓ Alcoholismo
- ✓ Enfermedad pulmonar activa

Tratamiento quirúrgico:

Las indicaciones del tratamiento quirúrgico son las contraindicaciones al tratamiento con MTX:

- ✓ Diámetro gestación ectópica > 4 cm.
- ✓ B-hCG superior a 5000UI/L ✓ FCF positiva.
- ✓ Presencia de hemoperitoneo ecograficamente significativo (fuera de Douglas).
- ✓ Gestación heterotópica con uno de los sacos en la trompa
- ✓ Antecedente de gestación ectópica homolateral tratado de manera conservadora.
- ✓ Dificultad de seguimiento posterior de la paciente.
- ✓ Contraindicación al MTX.
- ✓ Cuando la paciente no desee tratamiento conservador
- ✓ Fracaso del tratamiento médico

El tratamiento quirúrgico de elección será la salpinguectomía por vía laparoscópica en aquellos casos en que la trompa contralateral esté sana. Sin embargo, cuando la otra trompa es patológica o está ausente, la salpingostomía debería ser la primera opción terapéutica, si la paciente desea preservar su fertilidad. En tal caso, posteriormente, deberá monitorizarse la β -hCG hasta que se negativice. Se reservará la vía laparotómica para aquellas pacientes en las que no se pueda realizar una laparoscopia, porque la situación hemodinámica de la paciente la contraindique o ante la presencia de múltiples adherencias que dificulten el acceso a las trompas por laparoscopia (Cobo teresa, 2017).

1.2. JUSTIFICACIÓN

Es importante reconocer el grado de dificultad que presente una paciente con embarazo ectópico para realizar su debido diagnóstico, recordar que la mayoría de estos casos puede llegar hasta el tercer trimestre de gestación.

Es beneficioso que las mujeres que se encuentran en etapa fértil tomen medidas adecuadas en su cuidado, evitando infecciones recurrente, la utilización de métodos anticonceptivos, u otros tratamientos para así evitar un embarazo ectópico.

La presentación de este caso se lleva a cabo con la finalidad de obtener un diagnóstico acertado mediante una correcta anamnesis y un buen examen físico, para así poder realizar el tratamiento adecuado de acuerdo a la gravedad del caso y así el personal sanitario del hospital tenga rápida capacidad resolutive.

1.3 OBJETIVOS

1.4 Objetivo general

- Determinar el grado de emergencia que presenta la paciente para realizar de manera oportuna y eficaz el debido diagnóstico y tratamiento.

1.5 Objetivos específicos

- Identificar los síntomas que presenta la paciente para realizar la debida valoración.
- Ordenar que se realicen de manera inmediata exámenes de laboratorio para el debido tratamiento.
- Aplicar el debido tratamiento a la paciente según el resultado de los exámenes que fueron efectuados inmediatamente

1.5 DATOS GENERALES:

- Sexo: femenino
- Edad: 26 años
- Estado civil: soltera
- Instrucción académica: tercer nivel
- grupo cultural: mestiza

2 METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta.

Paciente de 26 años de acude por dolor abdominal de gran intensidad, náuseas y vomito.

Historial clínico del paciente.

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad gestas 0, partos 0, fecha de última menstruación 05/05/2018; refiere haberse realizado tratamiento para síndrome de ovario poliquístico hace +/- 1 año; método de planificación familiar preservativo

Acude al área de emergencia obstétrica del hospital, refiriendo cuadro clínico de +/- 3 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de moderada a severa intensidad, se acompaña de náuseas que termina en vomito de aspecto bilioso por 3 ocasiones.

2.2 Anamnesis.

Sexo: femenino

Edad: 26 años

APF: Niega

APP: Gastritis, síndrome de ovario poliquístico

Alergias: Niega

AGO: G: 0 A: 0 P:0 C: 0

2.3 Examen físico

Por medio de la exploración física la paciente de sexo femenino lucida, orientada en tiempo y espacio.

Signos Vitales:

Presión arterial: 90/59

FC:120 LPM

SatO2:98%

T°:36.8°C.

Exploracion Fisica:

Fascia: algica, pálida, diaforética

Cabeza: normocefalica sin masas palpables

Cuello: simétrico, sin adenopatías

Tórax simétrico expandible

Mamas: simétricas pezones pronunciados, normo coloreados, no dolorosos a la palpación sin masas palpables ni visibles, ausencia de secreción.

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación superficial

Examen ginecológico: región vulvar integra, labios mayores normo coloreados.

Especuloscopia: cérvix cerrado, no sangrado, no secreción Extremidades simétricas, no edema.

2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Se envían exámenes de laboratorio e imagenología para confirmar diagnóstico de embarazo y posibles complicaciones:

Química sanguínea	Resultado	Valor de referencia
Conteo de glóbulos blancos	12.55 (10³/ul)	4,500 a 11,000
Conteo de globulos rojos	3.98 (10³/ul)	4.2 a 5.4
Hemoglobina	11.9 (g/dl)	11 - 16.0
Hematocrito	34.6%	37 – 54%
Volumen corpuscular medio	88.0	83 – 97 (fl)
Plaquetas	365 (10³/ul)	150.000 – 350.000 (10³/ul)
Tiempo de protrombina	12'' seg	11 – 13.5''seg
Tiempo trombina parcial	28''seg	25 – 35''seg

Virus de inmunodeficiencia humana	Negativo
Hormona Gonadotropina coriónica	Positivo
Grupo sanguíneo/ factor RH	0 Positivo

Ultrasonido Abdominal

Se procedió a realizar ultrasonido abdominal que reporta presencia de líquido en cavidad abdominal en volumen importante muy visible en espacio supra hepático fosa iliaca izquierda y fosa iliaca derecha, llama la atención masa ecogenica en fosa ilíaca derecha mide 29x41 mm sugestivo de embarazo ectópico accidentado

Rastreo uterino: de apariencia ecográfica normal, ovarios no se logran visualizar en este estudio

Conclusión ecográfica: embarazo ectópico accidentado + hemoperitoneo

2.5 FORMULACIÓN DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnostico presuntivo

- Síndrome doloroso abdominal

Diagnóstico diferencial

- Endometriosis

Diagnóstico definitivo

- Embarazo ectópico accidentado

2.6 Análisis y descripción que determinan el problema.

Paciente de 26 años de edad que presenta cuadro clínico caracterizado por dolor localizado en hipogastrio de gran intensidad y FUM:05/05/2018, presenta amenorrea secundaria y posee antecedentes de SOP.

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

Tomando en cuenta la sintomatología que presenta la paciente en este caso clínico, las manifestaciones en el examen físico, resultados de exámenes de laboratorio y ultrasonido abdominal nos confirma que nos encontramos con un caso de embarazo ectópico

Se define como embarazo ectópico a toda implantación de embrión que se localice fuera del útero La toma de signos vitales nos presenta a la paciente con presión arterial: 90/59 y frecuencia cardiaca de 120 LPM nos demuestra una paciente hipotensa y taquicardia uno los principales síntomas asociados a embarazo ectópico Otras manifestaciones como la clínica gravídica o el síncope son más inconstantes en su presentación

El diagnóstico se confirma con la prueba de embarazo cuantitativa, de Gonadotrofina Coriónica Humana (B-GCH), la ecografía y la laparoscopia. Las pacientes con embarazo ectópico roto se presentan con signos de choque, incluyendo hipotensión, taquicardia, signos de irritación peritoneal.

Se realiza prueba de laboratorio que reporta BHCG POSITIVA; se practica ecografía abdominal que reporta masa ecogenica en fosa iliaca derecha 29x41 mm sugestivos a embarazo ectópico accidentado por lo cual se decide su ingreso a sala de ginecología.

2.8 SEGUIMIENTO.

Basados en las indicaciones y el caso clínico como tal, se dio seguimiento a la paciente durante el post operatorio y su recuperación total durante la estadía en el hospital ya mencionado, se consiguió realizar la cirugía con éxito, luego de constatar que la paciente se encontraba estable y con signos vitales dentro de los parámetros normales se pasó a sala de ginecología donde especialistas de esta área la mantuvieron por dos días en observación, durante este tiempo se le administro 200mg de hierro sacaroso en 200cc de solución salina debido a la perdida sanguínea de 1000cc durante la operación.

También se administró medicación intravenosa que incluía ceftriaxona 1 gr c/12horas IV, gentamicina 160 mg c/día como medida de prevención ante la aparición de posible agente que ocasionaran infección, ketorolaco 30mg c/8horas para aliviar el dolor.

Se dicta charla de planificación familiar y se le da a conocer los distintos tipos de anticonceptivos los beneficios y desventajas de los mismos, se decide el alta médica se envía a la paciente cubierta con cefalexina de 500mg c/6horas por 7 días, diclofenaco 50mg c/8horas y levonogestrel/etinilestradiol 0,03/015mg cada día.

2.9 OBSERVACIÓN.

De acuerdo a los estudios realizados y la bibliografía consultada el diagnóstico y tratamiento se realizó al caso fue una laparotomía exploratoria que termino en salpinguectomia derecha, durante la operación se extrae aproximadamente 1000cc de sangre de cavidad abdominal por lo cual se decide, transfundir dos pintas de sangre a paciente.

CONCLUSION.

El embarazo ectopico es un problema que presentan las mujeres en edad fértil debido al mal uso de tratamiento incorrecto

Que tomemos en cuenta los síntomas que presenta la paciente para realizar el debido diagnóstico y someterla de manera inmediata al tratamiento que se debe seguir en un embarazo ectópico

Es necesario realizar tratamiento quirúrgico en pacientes en las que este contraindicado el tratamiento médico o esté en riesgo la vida de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Barbara L. Hoffman, J. O. (2008). *Williams ginecología, 3e.* Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

Chavez, J.F (4 de noviembre de 2016). *Repositorio*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13915/CASO%20CLINICO%20EMBARAZO%20ECTOPICO%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cobo Teresa, E. s. (17 de julio de 2017). *medicina fetal barcelona*. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/gestaci%C3%B3n%20ect%C3%B3pica.pdf>

Fescina r, d. m. (2012). Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. *salud sexual y reproductiva* , 25.

Hoffman (2014). *Williams Ginecología 2a edición*. Mxico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.

Obstetricia, s. e. (18 de octubre de 2006). *Universidad de valencia* . Obtenido de <https://www.uv.es/~jjsanton/Obstetricia%20General/06SEGOeectopico.pdf>

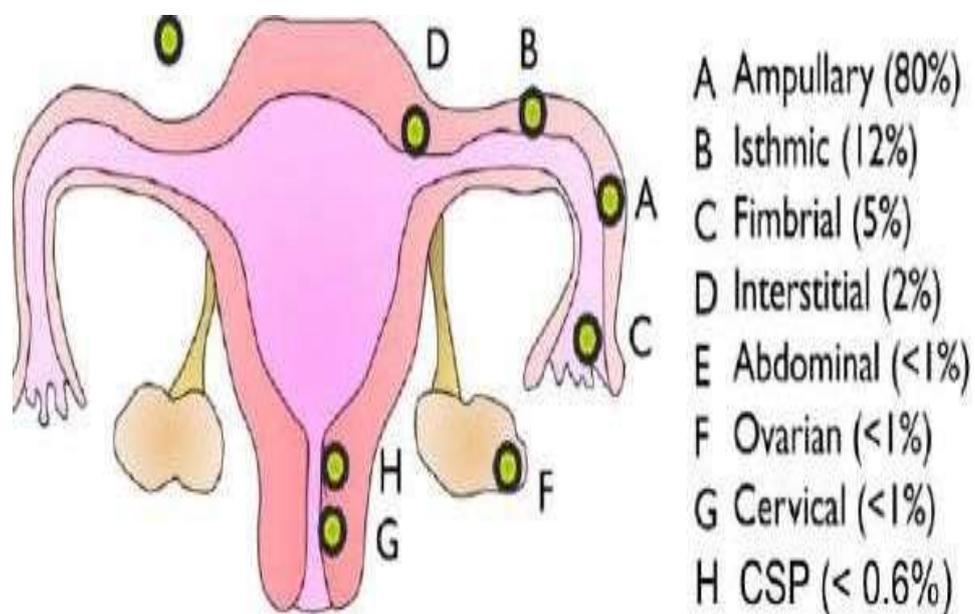
Omar Felipe Dueñas García, J. J. (2015). *Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgicos*. New york: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.

Reinoso, J. F. (10 de noviembre de 2015). Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13915/CASO%20CLINICO%20EMBARAZO%20ECTOPICO%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Reinoso, j. f. (15 de noviembre de 2016). *repositorio.puce.edu.ec*. Obtenido de Repositorio.puce.edu.ec: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13915/CASO%20CLINICO%20EMBARAZO%20ECTOPICO%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Santamaria Esther, &. S.-f. (5 de ENERO de 2012). *sefertilidad.net*. Obtenido de <http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/guiasPracticaClinicas/guia31.pdf>

ANEXOS



Localizaciones de las gestaciones extrauterinas adaptada de Parker V.L. Arch Gynecol Obstet (2016) 294:19–27).



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



Babahoyo, 06 de Agosto del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **GLORIA CELESTE POZO CEVALLOS**, con cédula de ciudadanía 1207989219, egresado de la Carrera de OBSTETRICIA, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del tema del Caso Clínico: **EMBARAZO ECTÓPICO ACCIDENTADO EN PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD.**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

GLORIA CELESTE POZO CEVALLOS
C.I 1207989219

Recibido
06/07/2018 15:26



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 05 de julio del 2018

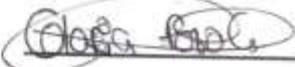
OBST.
LILIAN MUÑOZ SOLORIZANO
COORDINADORA DE TITULACION
EN SU DESPACHO. -

Yo, POZO CEVALLOS GLORIA CELESTE, con cédula de ciudadanía 1207989219, egresada de la Carrera de OBSTETRICIA, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del siguiente documento para la presentación de la propuesta del Caso Clínico, cuyos requisitos son.

**PROPUESTA DEL CASO CLINICO
REGISTRO DE TUTORIAS
SOLICITUD DE ENTREGA DE LA PROPUESTA DEL TEMA
INFORME DE ACEPTACION DE LA PROPUESTA DEL TEMA
CD**

Agradezco por su atención

Atentamente,


POZO CEVALLOS GLORIA CELESTE
C.I 1207989219

*Recibido
06/07/2018
Obst*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 17 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **Gloria Celeste Pozo Cevallos**, con cédula de ciudadanía **120798921-9**, egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Práctica), tema: **"EMBARAZO ECTOPICO ACCIDENTADO EN PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD"**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

Gloria Pozo Cevallos
CI. 120798921-9

*Re b
17/09/18
ab*



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

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 20/09/2018

REGISTRO DE TUTORÍAS DEL CASO CLÍNICO (ETAPA FINAL)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Hugo Alvarado Franco FIRMA: [Firma]
 TEMA DEL CASO CLÍNICO: Embargo tectafico Accidentado en paciente de 26 años de edad

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Gloria Celeste Pano Cuevas
 CARRERA: Obstetricia

Pag. N°.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	FIRMAS	Estudiante
			Presencial	Virtual				
2	10/07/2018	Revisión de la Capitulación teórica	✓		100%	[Firma]	[Firma]	[Firma]
2	13/07/2018	Revisión de Justificación	✓		100%	[Firma]	[Firma]	[Firma]
2	06/07/2018	Revisión del Marco teórico	✓		100%	[Firma]	[Firma]	[Firma]
2	01/08/2018	Revisión de las Conexiones del Marco teórico	✓		100%	[Firma]	[Firma]	[Firma]
2	14/08/2018	Revisión de Datos generales de la paciente	✓		100%	[Firma]	[Firma]	[Firma]
2	24/08/2018	Revisión de la Metodología del Diagnóstico	✓		100%	[Firma]	[Firma]	[Firma]
2	30/08/2018	Revisión de Análisis y Descripción del Problema	✓		100%	[Firma]	[Firma]	[Firma]
2	03/09/2018	Revisión de Seguimiento	✓		100%	[Firma]	[Firma]	[Firma]
2	07/09/2018	Revisión de Observaciones	✓		100%	[Firma]	[Firma]	[Firma]
2	10/09/2018	Revisión de Conexión de Observaciones	✓		100%	[Firma]	[Firma]	[Firma]
2	13/09/2018	Revisión de Conclusiones	✓		100%	[Firma]	[Firma]	[Firma]

Obst. William Muñoz Solorzano, MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA