



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
CARRERA DE MEDICINA.

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:
“EMBARAZO ECTÓPICO Y REACCIÓN DECIDUAL”.

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Guamushig Aimacaña, Mayra Soraya.

Tutora: Dra. Naranjo Naranjo, Doris Esthela.

Ambato – Ecuador.

Junio, 2015.

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora en el Análisis de caso Clínico sobre:

“EMBARAZO ECTÓPICO Y REACCIÓN DECIDUAL”, De Mayra Soraya Guamushig Aimacaña, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador, designado por el H Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, Mayo 2015.

LA TUTORA:

.

.....

Dra. Naranjo Naranjo, Doris Esthela.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.

Los criterios emitidos en el análisis de caso clínico sobre: **“EMBARAZO ECTÓPICO Y REACCIÓN DECIDUAL”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del presente Trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2015.

LA AUTORA.

.....
Guamushig Aimacaña, Mayra Soraya.

DERECHOS DE AUTOR.

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este análisis de caso clínico o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi análisis de caso clínico con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este caso clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Mayo del 2015.

LA AUTORA.

.....
Guamushig Aimacaña, Mayra Soraya.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de caso clínico sobre:
“EMBARAZO ECTÓPICO Y REACCIÓN DECIDUAL” Elaborado por Mayra Soraya Guamushig Aimacaña estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio 2015.

Para constancia firma.

1er VOCAL

2do VOCAL

PRESIDENTE

DEDICATORIA.

El presente Caso Clínico y mi Carrera completa, se la dedico a DIOS y a mi querida hija Emily que ha sido el pilar fundamental de superación profesional y personal.

Después agradezco a mis padres gracias por confiar en mí, por su amor y apoyo incondicional.

A todas aquellas personas que fueron partícipes de mi vida universitaria y que se convirtieron en parte de mi crecimiento como profesional y humano, muchas gracias por todo, los estimo.

Guamushig Aimacaña, Mayra Soraya.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por ser luz en medio de los tiempos difíciles, por abrirme el entendimiento que está más allá de la ciencia, que es la fé y la salvación, muchas gracias, porque me ha ayudado a desarrollar un espíritu de entrega ante el prójimo.

A la Tutora de este caso clínico Dra. Naranjo Naranjo, Doris Esthela por la orientación con el caso clínico, le agradezco también al Dr. Jaramillo Veintimilla, Manuel Antonio por el tiempo dedicado, su paciencia, la orientación y por su asesoría incondicional desde el inicio hasta el final de este estudio, con mucha sabiduría y don humano que es un atributo digno de imitar.

A mi familia gracias por su apoyo incondicional para poder avanzar en el externado e internado rotativo.

Al Hospital Provincial General Latacunga por haberme abierto las puertas para desarrollar habilidades y reforzar conocimientos de la Medicina, durante el año de internado rotativo. A todo el personal administrativo y personal del Hospital Provincial Docente Ambato, institución que me abrió las puertas para el desarrollo de este trabajo investigativo con el mayor de los gustos.

A todas aquellas personas que aceptaron voluntariamente formar parte de este proyecto con el mayor de los deseos, contando sus vivencias contribuyeron al mayor realce del sentido humanitario y labor desinteresada del médico.

Guamushig Aimacaña, Mayra Soraya

ÍNDICE.

APROBACIÓN DEL TUTOR _____	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO. _____	iii
DERECHOS DE AUTOR. _____	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR. _____	v
DEDICATORIA. _____	vi
AGRADECIMIENTO. _____	vii
RESUMEN _____	ix
SUMMARY _____	xi
1.INTRODUCCIÓN _____	1
2. OBJETIVOS. _____	3
2.1. OBJETIVO GENERAL. _____	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS. _____	3
3. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO. _____	4
3.1. PRESENTACIÓN DEL CASO. _____	4
3.2.DESCRIPCIÓN DE LA FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS _____	6
3.3. ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO _____	7
3.4. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS _____	35
3.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA _____	37
3.6.ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA _____	38
3.7.CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA. _____	39
4. CONCLUSIONES. _____	41
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	43
6. ANEXOS. _____	48

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“EMBARAZO ECTÓPICO Y REACCIÓN DECIDUAL. A PROPÓSITO DE
UN CASO”**

Autora: Guamushig Aimacaña, Mayra Soraya.

Tutora: Dra. Naranjo Naranjo, Doris Esthela.

Fecha: Mayo del 2015.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 23 años de edad ; con antecedentes de sífilis diagnosticada hace 4 años por lo que recibió tratamiento, con método de planificación familiar DIU durante 6 años. Acude al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato por amenorrea de 8 semanas más sangrado genital de 24 horas de evolución ocasionado aparentemente por esfuerzo físico ; días previos se realiza un test de embarazo cuyo resultado es positivo .La paciente es valorada mediante anamnesis y examen físico se determina el diagnóstico de embarazo de 8 semanas más amenaza de aborto; se realiza rastreo ecográfico el mismo que reporta aborto incompleto a descartar embarazo ectópico, por lo que se decide ingreso a Centro Obstétrico, se le realiza estudios consecutivos de Beta -hCG con valores disimiles por lo que se realiza Culdocentesis con resultado positivo para embarazo ectópico accidentado, 48 horas posteriores a su ingreso se realiza legrado por aborto incompleto y laparotomía para salpingectomía derecha; se obtiene muestras que se enviaron para el estudio histopatológico el mismo que reporta Restos deciduales y Embarazo Ectópico Tubárico Fisurado. La

paciente evoluciona favorablemente por lo que se decide dar el alta a las 24 horas post-quirúrgico.

PALABRAS CLAVES: ECTÓPICO, REACCIÓN_ DECIDUAL, CULDOCENTESIS, SALPINGUECTOMÍA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF MEDICINE

“PREGNANCY ECTOPIC AND REACTION DECIDUAL. A CASE REPORT”

Author: Guamushig Aimacaña, Mayra Soraya.

Tuthor : Dra. Naranjo Naranjo, Doris Esthela.

Date: May, 2015.

SUMMARY

The case of a female patient of 23 years of age is presented; with a history of syphilis diagnosed four years ago for which he received treatment, family planning method IUD for 6 years. Presents to the emergency Ambato provincial teaching hospital for eight weeks amenorrhea genital bleeding more than 24 hours of evolution apparently caused by physical exertion; Previous days a pregnancy test whose result is positive .The patient is assessed by history and physical examination the diagnosis of 8 weeks pregnancy threatened abortion is done is determined; ultrasound screening is done the same reporting rule out incomplete abortion ectopic pregnancy, so income is decided Obstetric Center, was performed consecutive studies of Beta -hCG with dissimilar values Culdocentesis what is done with positive result for rugged ectopic pregnancy 48 hours after admission curettage for incomplete abortion is performed laparotomy salpingectomy and right; Samples were sent for histopathological study reporting the same decidual remains and Tubal Ectopic Pregnancy Cleft is obtained. Good clinical so he decides to discharge at 24 hours post-surgery.

KEYWORDS: ECTOPIC, DECIDUAL_ REACTION, CULDOCENTESIS ,
SALPINGECTOMY.

1. INTRODUCCIÓN

El análisis del siguiente caso clínico es de interés porque si bien actualmente contamos con todos los métodos diagnósticos, todavía no se logra esclarecer el diagnóstico de embarazo ectópico atípico desde el inicio de los síntomas.

Con este análisis se pretende establecer un proceso adecuado que nos permita un diagnóstico precoz de embarazo ectópico, para una atención inmediata y adecuada ya que durante los últimos años la incidencia de esta patología se ha ido incrementando. Además se puede identificar las dificultades del sistema de atención en los pacientes que presentan dicha patología y se pretende proponer oportunidades de mejora para una atención más eficiente.

A nivel mundial el Embarazo ectópico (EP) sigue siendo una patología potencialmente mortal y todavía la principal causa de mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo. Representa aproximadamente 10 al 15 % de las muertes maternas, supone el 80-90% de los fallecimientos durante el primer trimestre del embarazo. En la mayoría de los países desarrollados, la incidencia de embarazo ectópico se ha incrementado considerablemente en los últimos 20 años y ahora representa el 1% -2% de todos los embarazos y plantea una amenaza significativa para las mujeres en edad reproductiva. (Sümeyra Nergiz AvcioLlu, 2014).

El embarazo ectópico es una patología que se está presentando con mayor frecuencia a nivel mundial. Actualmente, en Estados Unidos, el 2% de todos los embarazos del primer trimestre corresponden a este cuadro (GUERRERO E, 2014).

En América Latina y el Caribe las principales causas de mortalidad según egresos hospitalarios son hipertensión gestacional con proteinuria significativa, eclampsia, hemorragia postparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico y aborto no especificado. (PAHO/WHO, 2013).

En Ecuador los únicos datos estadísticos relacionados con embarazo ectópico se encuentran en el Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2011). En la que nos describe que la mortalidad materna para el año 2011 fue un total 241 mujeres que corresponden al 100%, en la región Sierra ocurrió en un 46,06% de las muertas es decir 111 mujeres fallen por causa materna en comparación con la costa que se presentó en un 42,74% y la amazonia con un 27%.

La principal causa de mortalidad materna recae sobre las causas obstétricas con un total de 165 defunciones, alcanzando un porcentaje de 68,46%. Las causas obstétricas indirectas con 54 defunciones. La segunda causa de muerte alcanzando un porcentaje 22,41% .Las causas de muerte obstétrica no específica se encuentran aisladas por su característica obstétrica desconocida con un total de 22 defunciones que corresponden el 9,13%. Dentro de la mortalidad materna ocasionado por causas obstétricas se encuentra el embarazo ectópico siendo la novena causa de mortalidad, que corresponde un 0,83 % (INEC, 2011).

En el Hospital Regional Docente Ambato señalan que la octava causa de morbilidad materna es el embarazo ectópico presentando 39 casos durante el año 2014 siendo un factor de riesgo para la mortalidad materna.

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

- Establecer un proceso adecuado para el diagnóstico precoz y tratamiento de embarazo ectópico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar los factores de riesgo que predisponen al apareamiento de embarazo ectópico.
2. Determinar los estudios complementarios que permiten confirmar de forma temprana el diagnóstico de embarazo ectópico.
3. Identificar la guía de manejo más adecuada y adaptable a nuestro medio para el tratamiento de embarazo ectópico.
4. Analizar la intervención de los servicios de salud en el manejo del embarazo ectópico.
5. Identificar el esquema de control ginecológico en las trabajadoras sexuales que utiliza el Ministerio de Salud Pública.

3. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.

3.1. PRESENTACIÓN DEL CASO.

El caso que se presenta a continuación se trata de una paciente femenina de 23 años de edad, de nacionalidad Colombiana, reside actualmente en la ciudad de Ambato, ocupación trabajadora sexual. A los 11 años de edad presenta adicción a la marihuana que abandona a los 2 meses de consumo; antecedentes de sífilis diagnosticada hace 4 años por lo que recibió tratamiento. Método de Planificación familiar DIU durante 6 años. Acude al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato por amenorrea de 8 semanas más sangrado genital de 24 horas de evolución ocasionado aparentemente por esfuerzo físico; refiere haberse realizado test de embarazo 2 días antes, con resultado positivo. Paciente es valorada, se determina el diagnóstico de embarazo de 8 semanas más amenaza de aborto, los exámenes de laboratorio reportan leucocitosis más una infección de vías urinaria, VDRL: reactivo 1:2, B-hCG cualitativa positivo; se realiza rastreo ecográfico el mismo que reporta aborto incompleto a descartar embarazo ectópico, por lo que se decide hospitalización y se solicita de B-hCG cuantitativa con valores de B-hCG 1: 204,9 mIU/ml (17-02-2015) y de B-hCG 1: 4670 mIU/ml (18-02-2015) además eco pélvico transvaginal que reporta un aborto incompleto, se le realiza culdocentesis con resultado positivo para embarazo ectópico accidentado, estableciéndose entonces como diagnósticos embarazo ectópico accidentado más aborto incompleto, se realiza legrado intrauterino instrumental, mediante anestesia raquídea con los siguientes hallazgos: cérvix central blando, histerometría de 8 cm, extracción de restos corión-placentarios en poca cantidad con Legra N° 6 - 7, sangrado +/- 30 cc complicaciones ninguna. Una vez terminado el procedimiento se le realiza laparotomía exploratoria por el diagnóstico de embarazo ectópico accidentado, encontrando; hemoperitoneo de 300cc, embarazo ectópico accidentado de trompa derecha, plastrón en fosa iliaca derecha, anexo y trompa izquierda

normales; sangrado +/- 400 cc; complicaciones ninguna. Es sometida a salpinguectomía del lado derecho, se obtiene muestras que se enviaron para el estudio histopatológico el mismo que reporta; restos deciduales y Embarazo Ectópico Tubárico Fisurado, por consiguiente con este estudio se llega a la conclusión que es un embarazo ectópico accidentado. La paciente evoluciona favorablemente por lo que se decide dar el alta a las 24 horas post-quirúrgico.

3.2. DESCRIPCIÓN DE LA FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

El presente caso clínico, se realizó bajo la descripción de múltiples fuentes en la que cabe destacar, la recopilación y el análisis detallado de:

1. Historia clínica, en la que se destaca la revisión de este documento a través del cual se obtuvieron la mayor parte de información del caso clínico, como datos de la paciente, incluyendo la edad, paridad, factores de riesgo para embarazo ectópico, la edad gestacional al momento del diagnóstico y en la cirugía, tiempo de estancia hospitalaria, manejos clínicos, características de la atención e identificación de puntos críticos. Se tomaron todas las precauciones para proteger la identidad de la paciente del estudio de caso.
2. Entrevista al paciente: se realizó una serie de preguntas en base a embarazo ectópico y factores de riesgo que está expuesta la paciente.
3. Cuaderno de apuntes: Se recopiló toda la información necesaria para el desarrollo de este caso clínico.
4. Protocolos: Se revisaron las bases de datos PUBMED, Ovid, Embase y Springer Link, además libros de la especialidad relativos a los términos “embarazo Ectópico” y “embarazo ectópico y reacción decidua”, en el período comprendido entre los años 2010 y 2015.

Los datos recogidos de las diferentes fuentes nos permitirá identificar los factores de riesgo y su relación con el desarrollo del embarazo ectópico. Mediante los objetivos propuestos permitirá identificar los puntos críticos e ir desarrollando el análisis caso para llegar a establecer ciertas conclusiones y recomendaciones.

3.3. ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO

3.3.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Paciente femenina 23 años de edad , mulata, nacida en Colombia y residente en la ciudad de Ambato-La Matriz , mulata, vive en unión libre , Instrucción Básica , ocupación trabajadora sexual , religión católica , grupo sanguíneo O, factor RH positivo ingresa por el servicio de emergencia el día 16 de febrero del presente año a las 16 h 45 .

3.3.2 DESCRIPCIÓN DEL CASO

El presente caso se refiere paciente femenina de 23 años de edad, mulata, vive en unión libre, Instrucción Básica, ocupación trabajadora sexual, religión católica, grupo sanguíneo O, factor RH positivo.

Acude al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato con cuadro de sangrado genital de 24 horas de evolución en poca cantidad sin coágulos, teniendo como causa esfuerzo físico (subir gradas); paciente refiere haberse realizado test de embarazo hace 2 días en la cual el resultado es positivo ; por lo cual acude a esta casa de salud.

Antecedentes personales: Hospitalizada hace 2 años por constipación; Además refiere Consumo de drogas como Marihuana a los 11 años de edad de forma ocasional, que abandona a los 2 meses.

Antecedentes quirúrgicos: osteosíntesis de húmero derecho por fractura hace 2 años.

Alergias: ninguna

Antecedentes patológicos familiares: madre fallece con diabetes, hipertensa y osteoporosis.

Tía materna con antecedente de embarazo ectópico.

Antecedentes gineco - obstétricos: menarquia: 11 años, telarquia 10 años, FUM: 24 de diciembre del 2014, ciclos menstruales regulares cada 30 días con cuatro días de duración sin dismenorrea. Inicio de vida sexual activa: 13 años. Parejas sexuales: varias.

Infecciones de transmisión sexual: sífilis hace 4 años recibe tratamiento. Papanicolaou: nunca; Método de planificación familiar: Dispositivo Intrauterino (DIU) durante 6 años.

Gestas totales: tres. Partos: dos. Abortos: cero. Cesáreas: cero. Hijos vivos: dos.

G1 Parto eutócico hace 9 años

G2 Parto eutócico hace 7 años

G3 Actual Edad gestacional 8 semanas y fecha probable de parto: 30 de septiembre 2015; embarazo no planificado no refiere controles prenatales, ECOS ninguno, ni vacunas.

Al ingreso signos vitales: presenta una tensión arterial de 90/50 mmHg, frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura axilar de 36,5 grados centígrados, con un peso de 64 kilogramos, talla de 160 cm con lo cual obtenemos un índice de masa corporal de 25 Kg/m², saturación O₂ de 97%.

Al examen físico: paciente consciente, orientado, afebril, álgica; Ojos: pupilas normoreactivas, escleras blancas, conjuntivas normales. Boca: mucosas orales hidratadas, tórax simétrico expansible, a la auscultación ruidos cardiacos: rítmicos, normo fonéticos ; pulmones con murmullo vesicular: conservado. Abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio, fondo uterino no palpable, RHA presentes; Puño - Percusión: (negativa)

Región inguinal: Genitales externos de multípara se evidencia sangrado genital en escasa cantidad. Tacto vaginal: cérvix posterior cerrado.

Extremidades: simétricas, no edemas. Simétricas, en cara externa de brazo derecho se observa cicatriz quirúrgica.

Valoración neurológica: paciente orientado en tiempo y espacio. Funciones mentales superiores conservadas. No se observan signos meníngeos.

Con este cuadro se establecen los diagnósticos de:

- EMBARAZO DE 8 SEMANAS
- AMENAZA DE ABORTO

Por lo que se solicita exámenes de laboratorio y gabinete reportan: biometría hemática: recuento de glóbulos blancos $14,02 \times 10^3/uL$, neutrófilos 64,7 %, glóbulos rojos $4,37 \times 10^6/uL$ hemoglobina 13,5 g/dl, hematocrito 39,5 %, plaquetas 374.000/ mm³. Se evidencia una leucocitosis.

Tiempo parcial de tromboplastina 25 segundos, tiempo de protrombina 8 segundos, hormona gonadotropina coriónica subunidad beta POSITIVO. Tipificación Sanguínea ORh +, VDRL: reactivo 1:2 ; VIH : negativo.

HCG-BETA cualitativa: positiva.

UROANALISIS: Elemental; color: amarillo; Aspecto: turbio; Densidad: 1020 , PH: 5; hemoglobina +++,leucocitos +++.

EXAMEN MICROSCOPICO; Células Epiteliales: 6-8 por campo; Células Redondas 1-3 / campo; Bacterias:(++) ; piocitos: 28-30 por campo; eritrocitos por campo: de 12-14, moco oxido de calcio ++.cristales ++.

EXAMEN CITOBACTERIOLÓGICO de secreción vaginal: bacterias (++) , piocitos (+), tricomonas: negativo; KOH: negativo; Placa de GRAM: BACILOS GRAM negativos (++) , escasos Cocos GRAM positivos; Gardnerella: negativo. Este examen se encuentra dentro de los parámetros normales.

Además se le realiza rastreo ecográfico **22:00-16-02-2015:**

- UTERO :AVF
- LARGO : 93MM
- ANCHO : 58MM
- ALTO 51: MM
- ENDOMETRIO ECOREFRIGENTE 15MM DE ESPESOR
- **FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE**

El PLAN a seguir es: Hospitalización, BHCG cuantitativa + ECO PÉLVICO TRANSVAGINAL.

Hospitalización con las siguientes indicaciones:

1. Dieta general.
2. Control de signos vitales + control de sangrado genital.
3. Lactato Ringer 1000 cc IV QD.
4. Ampicilina + sulbactam 1,5 gramo iv cada 8 horas (0)
5. Ecografía transvaginal
6. B-HCG cuantitativa PENDIENTE RESULTADO
7. Pase a PISO

HCG-BETA cuantitativa se reporta el 17-02-2015 a las 00:47.

- HCG-BETA 1: 204,9 mIU/ml.

Se le realiza a la paciente un eco pélvico transvaginal el 17 -02- 2015 a las 8 :15 el cual reporta: útero en antroversión mide 8,5 cm x 4,1cm x 5,1 cm alto; en cavidad endometrial se advierte contenido ecogénico y anecoide que se distribuye de predominio en el fondo, cantidad aproximada entre 5 y 10 cc, **en relación con restos hemáticos y /o corioplacentarios** . Cérvix: Entre abierto de 4 cm de longitud. Ovarios y anexos de características ecográficas normales; **Espacio de Douglas libre con líquido libre en moderada cantidad.** Con estos datos se determinan un Diagnóstico de aborto incompleto.

Se realiza nueva valoración de paciente junto con resultado de eco pélvico transvaginal y resultados de segunda B-hCG 4670 mIU/ml realizada el 18-02-2015, por lo que se decide realizar culdocentesis la misma que es positiva para el diagnóstico de embarazo ectópico Accidentado.

Correlacionando la sintomatología con la fisiopatología y exámenes complementarios se establece las siguientes impresiones diagnósticas:

- Aborto Incompleto
- Embarazo Ectópico Accidentado.

Luego de ser valorada por el área de anestesiología, es sometida el día 18 de febrero del 2015 a laparotomía exploratoria + legrado uterino instrumental

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL - HORA 11:30-12:30

12:40 Nota post legado:

Dg : Aborto incompleto.

Dg PQx: Aborto incompleto.

Anestesia: raquídea.

Procedimiento: LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL.

HALLAZGOS:

- Cérvix central blando.
- Histerometra 8cm.
- Extracción de restos corioplcentrios en poca cantidad legra 7-8.
- Sangrado 30 cc.
- Complicaciones: ninguna.

INDICACIONES

- NPO.
- CSV + CS y Apósitos.
- Control de equipo de venoclisis.
- LR 1000 cc. +100 mg. de tramadol iv c/8h
- ketorolaco 60 mg iv STAT.
- Histopatológico .
- Novedades.

LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA (12:30)

(13:40) NOTA POST-LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA

Dg: Anestesia: raquídea.

Embarazo ectópico Accidentado.

Dg PQx: IDEM.

Procedimiento: LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA.

HALLAZGOS:

- Hemoperitoneo de 300 cc.
- Embarazo ectópico accidentado en trompa derecha.
- Plastrón en fosa iliaca derecha.
- Anexo y trompa izquierda normal.
- Sangrado +/- 400 cc.
- Complicaciones: ninguna.

INDICACIONES:

- NPO.
- CSV + CS y apósitos.
- Control de equipo de venoclisis.
- LR 1000cc +100 mg de tramadol iv c/8h.
- Ketorolaco 60 mg iv STAT.
- Metoclopramida 10 mg iv PRN.
- Ampicilina + Sulbactam 1,5 mg iv c/6 horas.
- Control de BH.
- Histopatológico.
- Novedades

Durante su hospitalización paciente consiente ,orientada , con mucosas orales hidratadas , a nivel pulmonar se ausculta murmullo pulmonar conservado; abdomen suave , depresible, doloroso a nivel de herida quirúrgica , se evidencia secreción sero- hemática en escasa cantidad, Ruidos hidroaéreos presentes , se realiza control de biometría hemática con leucocitosis , hemoglobina y hematocrito dentro de los parámetros normales . Paciente evoluciona favorablemente. Se decida Alta hospitalaria: El día 20 de febrero del 2015 con paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas por 5 días más cefalexina 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días, control en un mes con resultado histopatológico, además el control de FTA-ABS se lo realizará en forma particular por no tener familiares.

INFORME DE ANATOPATOLÓGICO: 12-03-2015.

Dg: 1.- Restos deciduales.

2.-Embarazo Ectópico Tubárico Fisurado.

3.3.3. DESCRIPCION DE LOS FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo son toda circunstancia o situación que condicionan la probabilidad de presentar una enfermedad determinada. Dichos factores pueden estar presentes en población sana y aumentan el riesgo de tener una enfermedad. La identificación de los factores de riesgo es imprescindible para la prevención primaria de salud. (Daniilidis A1, 2014)

FACTORES BIOLÓGICOS.

- **ANTICONCEPIVOS: Antecedente de dispositivo intrauterino (DIU).**

En este caso la paciente refiere que utilizó como método de planificación familiar el Dispositivo intrauterino por 6 años aproximadamente es por eso que presenta un factor de riesgo ya que el uso del dispositivo intrauterino tiene una alta probabilidad de embarazo ectópico .

La incidencia de embarazo ectópico con el dispositivo intrauterino es cercana al 14%, se ha encontrado que los dispositivos con progesterona aumentan el riesgo, respecto a los de cobre que aparentemente tienen un riesgo mínimo. (S. Helmy, 2014)

La Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (*Redalyc*) señala que con los DIU de cobre el 4 % de los fracasos anticonceptivos son embarazos tubáricos debido a un fallo de sus efectos citotóxicos y fagocíticos sobre espermatozoides y los oocitos. Los DIU de progesterona son menos eficaces que los de cobre para prevenir el embarazo tubárico; en este caso el 17 % de los fracasos ocasionan embarazo tubárico, quizás debido al enlentecimiento de la motilidad tubárica que produce la acción de la progesterona sobre las trompas (Hernández Núñez J, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 160 millones de mujeres utilizan DIU como método anticonceptivo a nivel mundial. Es utilizado por alrededor del 13% de las parejas, con mayor frecuencia en países en Desarrollo que en países desarrollados. El uso de DIU aumenta el riesgo de gestación ectópica. La tasa de embarazo ectópico entre usuarias de DIU oscila entre el 0-5 por 10.000 mujeres-año, según las series consultadas, mientras que la tasa entre las mujeres que no emplean método anticonceptivo varía entre el 30-65 por 10.000 mujeres-año. . En las eventuales ocasiones en las que el DIU falla y ocurre embarazo, sólo el 6% de esos embarazos son ectópicos. Las mujeres deben ser informadas de que el riesgo de embarazo ectópico es menor que entre las no usuarias de método anticonceptivo y que ningún dispositivo de cobre está asociado con una menor tasa de gestación ectópica (Martínez Benavides M, 2011).

- **INFECCIONES PÉLVICAS INFLAMATORIAS**

La paciente presenta algunos episodios de enfermedad pélvica inflamatoria debido a las múltiples parejas sexuales. Esta enfermedad afecta al 11% de las mujeres en edad fértil y es la causa más frecuente de gestación extrauterina, aumenta hasta 7 veces el riesgo de dicha afección; dificulta la permeabilidad, la motilidad y la actividad ciliar tubáricas, siendo Chlamydia trachomatis el germen predominante. (López Olivares, 2014).

- **INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

La paciente está expuesta a múltiples infecciones de transmisión sexual, en la entrevista realizada, paciente refiere que a su pareja le diagnosticaron de Clamidia y que se encontraba en tratamiento , el mismo hecho que sea trabajadora sexual le expone a estos riesgos .

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan siendo un problema de salud pública de gran importancia en la mayoría de los países del mundo. Se considera que

la incidencia de las ITS agudas es alta en muchos países. Las fallas en el diagnóstico y el tratamiento de las ITS en estadios tempranos pueden ocasionar graves complicaciones y secuelas, entre las que se incluyen la infertilidad, la pérdida fetal, el embarazo ectópico, el cáncer anogenital y la muerte prematura, así como infecciones en recién nacidos y lactantes (García*, 2011).

Las infecciones de transmisión sexual aumentan cuatro veces las posibilidades de embarazo extrauterino. Cada episodio sucesivo aumenta sustancialmente las probabilidades, debido al daño que se produce en la acción de los cilios, la obstrucción de las trompas y las adherencias pélvicas. (López-Olivares, 2014).

Además la paciente presentó un antecedente de sífilis que le fue diagnosticada hace 4 años.

La sífilis es una infección ampliamente difundida en el mundo, que afecta, según datos de la OMS, a nivel mundial existen 12 millones de nuevos casos de sífilis, correspondiendo a una incidencia mundial de la sífilis venérea del 0,4% y la prevalencia del 1%. , que afecta a unas 330,000 mujeres embarazadas por año en América Latina y el Caribe. Se estima que, sin tratamiento, una tercera parte de los hijos de estas mujeres nacerá con sífilis congénita y, otro tercio morirá intraútero. A pesar de los avances en materia de salud observados en la región, la sífilis sigue siendo un problema relevante de salud pública. Todas estas condiciones representan obstáculos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015. La Situación Latinoamericana Según OPS, la sífilis en América Latina y el Caribe afecta principalmente a personas sexualmente activas y presenta prevalencias elevadas en grupos vulnerables.(MSP-OPS/OMS, Septiembre de 2010).

Los principales factores de riesgo son promiscuidad, abuso de drogas ilícitas y alcohol, reinfección materna, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), prácticas sexuales de alto riesgo, inicio de la actividad sexual a una edad temprana y defectos en los programas de control prenatal en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

La Sífilis pueden tener consecuencias letales, las cuales son prevenibles; sin embargo, aún existen barreras para el acceso a los servicios de control prenatal y la discriminación asociada a las ITS son factores determinantes en el manejo y control de esta enfermedad. (García*, 2011).

- **EDAD TEMPRANA DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL.**

E este caso la paciente inicio su vida sexual a la edad de 13 años, este dato representa un factor de riesgo biológico para el desarrollo de embarazo ectópico.

El inicio de las relaciones sexuales tempranas expone a la mujer a una serie de afecciones entre las cuales se incluye el Embarazo Ectópico. Al comenzar tempranamente la actividad sexual, las mujeres están expuestas precozmente y por más tiempo a afecciones producidas por gérmenes que se transmiten por el contacto sexual y que son los responsables de las enfermedades inflamatorias pélvicas con su consiguiente afección estructural a nivel de la anatomía y funcional de las trompas de Falopio. La incidencia de embarazo ectópico es de 20 por cada 1 000 embarazos, aunque existe un aumento importante debido, sobre todo, al inicio de la vida sexual activa en edades tempranas y su relación con la enfermedad pélvica inflamatoria. Su localización más frecuente se da en el conducto tubárico, con 96-99 % de los casos, seguida de los que se ubican en la ampolla (más de 60 %) y la zona ístmica (25 %). Los que se encuentran en la zona intersticial o cornual (solo en 2-4 %) son menos usuales (Velázquez Arjona Serge, 2011).

La Red de Revistas Científicas de America Latina y el Caribe, España y Portugal (*Redalyc*) refiere que el inicio temprano de las relaciones sexuales juega un importante papel como factor de riesgo; el grupo de pacientes que tuvo las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años representó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1 %. A medida que es menor la edad de inicio de las relaciones

sexuales se incrementa la probabilidad de aparición del embarazo ectópico, quizás relacionado con una mayor probabilidad de padecer infecciones de transmisión sexual que dejan secuelas tubáricas de forma permanente (Hernández Núñez J, 2013).

- **EDAD MATERNA.**

La edad en la que la paciente se embarazó es de 23 años que también representa un factor de riesgo biológico. La edad materna es uno de los primeros factores de riesgo en conocerse ; actualmente sabemos además, que el embarazo ectópico se presenta con una frecuencia tres veces superior en el grupo etario que abarca a las mujeres entre 35-44 años sin que el mecanismo fisiopatológico haya quedado esclarecido por completo, aunque algunos autores apuntan que se trata de un reflejo del acumulo de factores de riesgo a lo largo del tiempo, y en menor porcentaje la mujeres 15-24 años debido al inicio precoz de vida sexual activa y a la alta exposición de enfermedad pélvica inflamatoria. La edad materna tiene ha identificado como un factor de riesgo significativo de embarazo ectópico con mayores tasas de mortalidad en los grupos de adolescentes. (J. Papillon-Smith, 2014).

- **ORIGEN ÉTNICO**

En nuestro caso la paciente es mulata y de acuerdo a la literatura refiere que la incidencia de embarazo ectópico y sus muertes relacionadas se incrementa persistentemente en la raza negra. A pesar del descenso de la mortalidad, han señalado, que la tendencia de edad y las desigualdades raciales permanecen. (J. Papillon-Smith, 2014).

En un estudio de la ONU Reciente Realizado por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos, se observó en las Pacientes con embarazo ectópico no existe distinción en cuanto a la raza, aunque la mortalidad es más frecuente en las mujeres afroamericanas latinas de y, por quizás el menor nivel

socioeconómico que lleva a una menor cobertura de salud para ellas (Hernández Núñez J, 2013).

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca con el tema: “ Características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca ”. señala que el 98,13 % de embarazos se presenta en la raza mestiza y que el 0,63% se presenta en los Afro- ecuatorianos y finalmente 1,25 % se presentan en los indígenas ,en nuestro país la raza predominante es la mestiza y es por eso que se da con mayor frecuencia en este tipo de población (MORALES CARLOS, 2012).

FACTOR MEDIO AMBIENTAL.

- **ESTRATO SOCIOECONÓMICO BAJO.**

Para determinar este factor se realizó a la paciente una encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico realizada por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), en la que de acuerdo a un puntaje se le estratifica en un nivel socioeconómico en este caso la paciente se encuentra en el nivel medio bajo que puede relacionarse con la falta de disponibilidad de algunos servicios que corroboran como factor de riesgo.

En un estudio retrospectivo, sobre “La asociación entre el nivel socioeconómico y la tasa de embarazo ectópico realizado en la República de Corea “Se analizaron los datos provenientes del Seguro Nacional de Salud de Corea de enero a diciembre de 2009 para calcular la tasa de embarazo ectópico, dando como resultado que el Nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para el embarazo ectópico con una (odds ratio [OR], 1.718; y un intervalo de confianza 95% [IC]. Además asoció la edad entre 25 - 44 años con una alta incidencia de embarazos ectópicos .En Conclusión La

edad avanzada y bajo nivel socioeconómico fueron factores de riesgo para el embarazo ectópico. (Jin-Sung Yuk, 2013).

ESTILO DE VIDA.

- **MÚLTIPLES COMPAÑEROS SEXUALES.**

La paciente actualmente trabaja como trabajadora sexual y esto predispone a que el número de parejas sexuales en el transcurso de la vida, también se asocia con un aumento moderado del riesgo para embarazo ectópico; asimismo, el primer encuentro sexual antes de los 18 años de edad, amplía la probabilidad de múltiples parejas, y a su vez incrementa el riesgo de infección pélvica por Chlamydia, especialmente en mujeres menores de 25 años de edad, lo que a su vez, acrecienta las posibilidades de desarrollar esta patología .(Bassem Refaat, 2015).

El antecedente de múltiples compañeros sexuales incrementó el riesgo de embarazo ectópico; según María Teresa Urrutia, en su estudio sobre factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico en un grupo de mujeres chilenas, tener más de dos compañeros sexuales incrementa el riesgo en 2,61 veces la probabilidad de presentarse esta afección. Esto se debe, quizás, a la mayor posibilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual responsables de las enfermedades inflamatorias pélvicas con su consiguiente afección estructural en la anatomía y función de las trompas de Falopio (Hernández Núñez J, 2013).

- **CONSUMO DE TABACO.**

En este caso la paciente refiere que no fuma cigarrillos , pero amiga con que la convive fuma alrededor de 20 cigarrillos diarios ,convirtiéndose la paciente en una fumadora pasiva ,además menciona haber consumido marihuana por un lapso de 2 meses, a la edad de 11 años; este factor pudo ser un desencadenante a largo plazo para el embarazo ectópico el mismo que es un factor de riesgo controlable, que es

dosis dependiente, y se asocia con el deterioro progresivo de la movilidad de las trompas de falopio, alteraciones de la inmunidad e incluso retrasos de la ovulación. Las alteraciones en la inmunidad probablemente predisponen a enfermedad pélvica inflamatoria y daños en las trompas; se estima que las fumadoras tienen un riesgo 3.5 veces mayor enfermedad pélvica inflamatoria que las no fumadoras. El deterioro funcional debido al daño de la actividad ciliar, puede estar relacionado con la cicatrización del endosalpinx, y tal vez con lesiones que ocasionan distorsión anatómica de las trompas (Bassem Refaat, 2015).

En un estudio Transversal publicado en la revista “Tobacco Control” sobre Asociaciones del tabaquismo activo y pasivo con el aborto espontáneo, muerte fetal y el embarazo ectópico tubárico: afirma que el tabaquismo pasivo está relacionado con un aumento del riesgo de aborto involuntario, muerte y embarazo ectópico. El riesgo parece ser acumulativo y proporcional a la duración de la exposición al humo. Los resultados mostraron que el 32,6% tuvo un aborto, el 4,4% dio a luz a un bebé muerto y el 2,5% tuvo un embarazo ectópico (Andrew Hyland, 2014).

- **DUCHAS VAGINALES.**

En la entrevista realizada a la paciente refiere que se realiza duchas vaginales diarias y por 2 ocasiones al día, durante la mañana y la noche.

En un Meta-análisis con el tema: “La ducha vaginal aumenta el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, de embarazo ectópico y cáncer de cuello”, se realizó una búsqueda en la base de datos MEDLINE sobre estudios relacionados al tema y se llegó a la conclusión de que la ducha vaginal aumenta el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico o cáncer de cérvix. (Zhang J, 2011).

En este estudio se determinó que el 37% de las mujeres en edad reproductiva que se encontraban en la edad de 15 a 44 años utilizaban la ducha vaginal regularmente, y la mitad de éstas por lo menos 1 vez a la semana. Además hubo una asociación entre la ducha vaginal y el menor estado socioeconómico. La práctica de ducha vaginal era más frecuente en mujeres de raza negra comparada con las blancas (2/3 vs. 1/3). La

incidencia acumulativa de Enfermedad Pélvica Inflamatoria es de 10% hasta los 45 años. La asociación con embarazo ectópico también fue importante en las mujeres que se duchan (OR 1.76, IC95%) y el riesgo aumenta más en las que utilizan preparados comerciales. . (Zhang J, 2011).

- **LUGAR DE RESIDENCIA .**

En este caso la paciente vive en una zona urbana que cuenta con los servicios básicos de agua ,luz,alcantarillado. En el estudio realizado en la ciudad de Cuenca también señala que el 60% de pacientes con embarazo ectópico viven en zonas urbanas , el 35 % vive en zona rurales y el 5 % de pacientes no especifica el lugar de procedencia. (MORALES CARLOS, 2012).

3.3.4. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE SALUD.

- **OPORTUNIDADES EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA.**

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico del embarazo y el contacto con el personal de salud se tardó debido a que la paciente refiere que cuando iniciaron los síntomas pensaba acudir al centro de salud pero no lo hizo por tiempo que le toma acceder a un turno para la atención de salud, además el dolor que sentía todavía era tolerable es por esto que decide tomar infusiones de manzanilla y acude a farmacia donde se automédico paracetamol por dos ocasiones ,dicha sintomatología se exacerbó con sangrado vaginal en poca cantidad ,esta fue la causa para que la paciente tomara la decisión de acudir a una casa de salud. Paciente refiere que confía en los servicios de salud, ya que hubo una atención adecuada sobre dicha patología.

Alrededor de la zona donde se ubica la residencia de la paciente el Ministerio de Salud Pública dispone de varios centros de atención:

Centro de Salud #1 del Barrio Medalla Milagrosa, se ubicada en el centro de la ciudad entre las calles Lalama y Cuenca se puede acceder a este servicio mediante llamada telefónica el cual se le otorga un turno en una a dos semanas aproximadamente depende de la demanda de pacientes, los horarios de atención son desde las 7:00 hasta las 16:00, la Cartera de servicios que dispone son: las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina General.

Centro de salud del área # 2, ubicado en el Barrio Simón Bolívar, cuenta con la Cartera de servicios Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina General. Con el horario de atención de 08:00 a 18:00 horas incluso sábados y domingos. Se puede solicitar la atención médica mediante al call center, llamando al 171 y se agendar la cita, o madrugar y solicitar la atención a un médico general.

El Hospital Provincial Docente Ambato es una casa de Salud de segundo nivel de atención el mismo que cuenta con la Cartera de Servicios en las siguientes especialidades Medicina interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencia, con una atención de 24 horas, localizado en la Av. Paster y Unidad Nacional, En este nivel de atención la solicitud de una cita médica es a través de hojas de referencia envidas por los centros del primer nivel de atención.

- **ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.**

De acuerdo a las áreas de Salud la atención primaria de la paciente se encuentra asignada en el centro de Salud N° 1, esta casa de salud es la más cercana al domicilio a unos 10 minutos caminando.

Al Centro de Salud del área N° 2, se puede llegar en bus en un tiempo aproximado de 20 minutos o en un taxi en 10 minutos.

El Hospital Provincial Docente Ambato, al que la paciente puede acceder en bus en un tiempo de 10 minutos aproximadamente, o en taxi que se demora 5 minutos en llegar.

- **OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN.**

En este caso la paciente, acude al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, la misma que ingresó al área de triaje a las 16 : 45, donde es recibida por un interno de medicina y una licenciada de enfermería quien prioriza su atención en base al motivo de consulta ; además se le abrió una hoja 008 con los respectivos datos de admisión y los signos vitales, siendo asignada al área de ginecología, el tiempo que demoró desde la solicitud de atención hasta que se realiza el triaje fue de aproximadamente 30 minutos debido a que tuvo que esperar que se valore a pacientes que se encontraban antes debido a la alta demanda de pacientes.

Durante los últimos años hemos visto incrementada la demanda de usuarios en el servicio de urgencias debido a diferentes factores: aumento de la población debido a la inmigración, a la esperanza de vida y la cronificación de las enfermedades entre otros factores. (Benavente, 2014).

Una vez en el servicio de ginecología paciente tuvo que esperar otros 30 minutos para ser valorada por obstetrix, ya que se encontraba con otros pacientes.

La oportunidad de la atención en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutiveidad es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias (Humanizamos la Salud de la Región, 2014).

3.3.5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN.

- **ATENCIÓN EN ÁREA DE EMERGENCIA.**

Paciente ingresa al área de triaje 16 h 00 donde tuvo que esperar aproximadamente 30 minutos para que le tomen los datos y signos vitales, se le asigna una hoja 008 con la cual acude al área de ginecología y espera otros 30 minutos para ser atendida. De acuerdo a los índices de calidad según el modelo MAT-SET (Modelo Andorrano de Triage y el Sistema Español de Triage) se debe tomar en cuenta: El tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación debe ser menor de 10 minutos, además el tiempo que dura la clasificación debe ser menor de cinco minutos como recomendación y por último el tiempo de espera para ser visitado por el medico es establecido en cada uno de los niveles de prioridad que consta en el sistema de triaje , en este caso la priorización de su atención llega a un tiempo de 30 min según el nivel III del modelo MAT-SET (Ambulódegui, 2010).

En el área de ginecología de emergencia la paciente es valorada por Obstetrix , la cual mediante los diferentes signos y síntomas establece el diagnóstico de embarazo de 8 semanas más amenaza de aborto .A las 30 min después se decidió su ingreso a la paciente a centro obstétrico colocándole una vía con Lactato de Ringer y se solicitó exámenes de laboratorio: Biometría Hemática, Química Sanguínea, TP,TTP ,VDRL ,VIH,B-HCG ,Tipificación.

El Protocolo de Supervisión de los Residentes de Obstetricia y Ginecología establecen que el médico del servicio de emergencias tiene la responsabilidad y debe centrarse en: Atender a las urgencias ginecológicas y obstétricas, atender a las pacientes con trabajo de parto, observar los partos eutócicos y atender a alguno. La Obstetrix en el servicio de emergencia, su responsabilidad es la atención a las gestantes de bajo riesgo. Se realizarán la anamnesis, exploración y explicación a la gestante de su evolución. Pedirán las pruebas y programarán las citas según el

protocolo del área. Existirá también siempre un residente de mayor año o adjunto responsable (SALUD MADRID, 2012).

El Componente Normativo del Ministerio de Salud Pública recomienda solicitar: Biometría hemática, TP, TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV, EMO. (Componente Normativo Materno Neonatal, 2008)

La Guía Clínica Ecuatoriana sugiere que el diagnóstico inicial de amenaza de aborto es de tipo clínico considerando la anamnesis y el examen físico, entre las pruebas modernas tenemos las basadas en anticuerpos monoclonales que pueden detectar gonadotropina coriónica humana, fracción beta (HGC- β), en niveles de 10 a 25 UI/L, es un nivel que se alcanza a los nueve días posteriores a la fecundación (día 23 a 28 del ciclo). (Ministerio De Salud Pública, 2013).

- **ATENCIÓN EN CENTRO OBSTÉTRICO.**

Paciente ingresa a Centro Obstétrico a las 19:00 donde es recibida por personal de enfermería, se le asigna una camilla y es valorada por médico residente a las 20:00 quien realiza nota de ingreso y solicita una B-HCG cualitativa, EMO, Gram y cultivo de secreción vaginal y un eco pélvico; interno de medicina realiza historia clínica e informa estado de paciente a familiares además se solicita firmar el consentimiento informado para realizar todos procedimientos necesarios.

A las 22:00 se le realizó nueva valoración por médico tratante quien le realiza un rastreo ecográfico determinándole el diagnóstico de aborto incompleto a descartar embarazo ectópico.

El Colegio Americano de Radiología ha producido una guía en la que recomienda a la ecografía como técnica de imagen principal en la evaluación de pacientes con sangrado en el primer trimestre del embarazo, las imágenes de resonancia magnética y tomografía computarizada juega un papel relativamente menor.

Además el uso del eco Doppler debe ser utilizado para documentar la actividad cardíaca fetal y medir la frecuencia cardíaca. (Davor Jurkovic, 2013).

La Guía Clínica Ecuatoriana no recomienda el uso de rutina de ultrasonido como pre-procedimiento, solo debe ser utilizado de manera sensible a la situación clínica de la paciente (Ministerio De Salud Publica, 2013).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) refiere que gracias a los avances tecnológicos y a la formación en ecografía obstétrica, es posible diagnosticar por imagen un embarazo ectópico en etapas cada vez más precoces. Debe comenzarse con sonda abdominal, pero es imprescindible completarla con sonda vaginal, con un ecógrafo de alta resolución y utilizando el zoom para magnificar las áreas a estudiar: sobre todo la cavidad endometrial y las zonas anexiales. A pesar de todo ello, hasta un 15-35% de las gestaciones ectópicas no se ve por ecografía (Prog Obstet Ginecol, 2010).

Según la Guía American Academy of Family Physicians (Academia Americana de Médicos de Familia) señala que la ecografía transvaginal es la técnica de imagen recomendado para pacientes con sospecha de embarazo ectópico. Es pre preferido sobre ultrasonografía transabdominal porque la vista transvaginal permite para la visualización directa de una masa ectópico, mientras que la vista transabdominal no lo hace. A las 5,5 semanas de gestación ", un embarazo intrauterino debe ser identificable por ultrasografía como un saco gestacional que contiene una yema saco, al visualizar estas estructuras dentro de la útero efectivamente descarta un embarazo ectópico, es difícil pensar en un embarazo heterotópico (una gestación ectópica e intrauterina que ocurren simultáneamente) ya que la incidencia es de sólo una en 4000 concepciones espontáneas. (American Family Physician, 2014).

A las 23:00 llegan resultados de laboratorio, que de acuerdo al resultados del elemental microscópico de orina se determina una infección de vías urinarias, además se reporta una B-hCG cualitativa positiva, con lo que se decide solicitar un

eco pélvico transvaginal y 2 controles B-hCG cuantitativa, se le da el pase a hospitalización a las 00:30 hasta una nueva valoración con todos los exámenes.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) refiere que si existe una sospecha de embarazo ectópico y la ecografía no es concluyente deben realizarse determinaciones de β -HCG. La combinación de ecografía transvaginal y determinaciones seriadas de β -HCG tiene una sensibilidad del 96%, una especificidad del 97% y un valor predictivo positivo del 95% para el diagnóstico de embarazo ectópico: éstas son las pruebas más eficientes para el diagnóstico. (Prog Obstet Ginecol, 2010).

En la guía Europea señala que actualmente, el diagnóstico en el embarazo ectópico no accidentado se consigue utilizando una combinación de ecografía transvaginal y la medición de las concentraciones séricas de β -hCG. El diagnóstico puede ser complicado cuando en la ecografía transvaginal (TVS) no se identifica la ubicación del embarazo, a esto se le denomina "embarazo de localización desconocida" (Vanitha N Sivalingam1, 2011).

Según la Guía Clínica Ecuatoriana señala que el ultrasonido transvaginal, las determinaciones seriadas de gonadotrofinas coriónicas humanas (HGC - β) y progesterona pueden ser requeridas para establecer el diagnóstico diferencial definitivo entre embarazo ectópico y aborto. La progesterona sérica puede ser útil cuando el ultrasonido sugiere embarazo de localización desconocida (Ministerio De Salud Publica, 2013).

Además existe la posibilidad de embarazo ectópico cuando la ecografía transvaginal refiere un útero vacío y el nivel de gonadotrofina coriónica humana (HGC - B) es mayor a 1800 UI/L. Descartar embarazo ectópico en pacientes con diagnóstico de embarazo y reporte de ecografía transvaginal de útero vacío (Kelly, 2014).

- **ATENCIÓN EN EL ÁREA DE MATERNIDAD.**

En el piso de Maternidad paciente permaneció por el lapso de 34 horas donde se le realizó mediciones de B-hCG y el eco pélvico transvaginal, con la valoración de estos se reporta el diagnóstico de aborto incompleto a descartar un embarazo ectópico por lo que se decide el pase a centro obstétrico para nueva valoración y su respectiva resolución quirúrgica.

La Guía clínica Ecuatoriana señala que el aborto incompleto en la ecografía se evidencia un endometrio ecorefrigente de 15mm espesor. (Ministerio De Salud Pública, 2013).

Según la Guía Europea refiere que la sospecha de un embarazo ectópico aumenta si líquido libre (sangre que representa) se visualiza, ya sea que rodea el útero o en el saco de Douglas, aunque una pequeña cantidad de líquido libre en la bolsa de Douglas, un trasudado debido a aumento de la permeabilidad vascular, es común en el embarazo temprano. (Vanitha N Sivalingam1, 2011)

En este caso lo que se identificó una gestación incipiente anormal por la detección de líquido libre en el fondo de saco de Douglas, el agrandamiento de endometrio y reacción decidual. (W. Soler, 2010).

Se obtiene el segundo reporte de B-hCG cuantitativa del día 18-febrero del 2015 a las 6:00 am, una vez completado los estudios se decide el pase de paciente a Centro Obstétrico a las 9:00.

Según la Guía Europea de Ginecología y obstetricia señala que en la práctica actual la mayoría de las unidades utilizan un valor mínimo de entre el 50% y el 66% para el aumento de 48-horas aceptable en β -hCG en un embarazo normal. Algunos embarazos intrauterinos no viables también demostrarán un aumento exponencial de suero β -hCG. Una rápida disminución de las concentraciones de β -hCG durante 2

días, normalmente por 21-35% o más, es indicativo de un aborto espontáneo o una resolución de embarazo ectópico. En un ectópico el embarazo, las concentraciones de β -hCG son tan propensas a caer como levantarse, sin un patrón único capaces de caracterizar la condición (Vanitha N Sivalingam1, 2011) .

Según la Guía American Academy of Family Physicians (Academia Americana de Médicos de Familia) señala que los Niveles de β -hCG seriadas de β -Hcg puede ser utilizado para evaluar un embarazo de localización desconocida. La mayoría de los embarazos intrauterinos viables en el primer trimestre (99%) tienen valores de β -hCG que aumentan en un 50% en 48 horas. Si no se aumenta a este ritmo sugiere un embarazo ectópico o un embarazo intrauterino no viable. Sin embargo, el 1% de los pacientes con embarazo intrauterino viable tienen una menor tasa de aumento. Estos pacientes a menudo reciben un diagnóstico erróneo de intrauterina o no viable embarazo ectópico. Del mismo modo, el nivel de β -hCG en alrededor 20% de los embarazos ectópicos aumenta en más de un 50% más de 48 horas. (American Family Physician, 2014).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en su Guía sobre Embarazo Ectópico señala que los embarazos patológicos comportan un aumento de HCG < 66% en 48 horas. No obstante, un 15% de embarazos patológicos pueden cursar con un aumento anormal de dicha hormona. Por otra parte, los incrementos anormales de HCG no discriminan entre un embarazo ectópico y una gestación intrauterina. Algo parecido puede decirse a propósito de las cifras de progesterona sérica (Prog Obstet Ginecol, 2010).

- **ATENCIÓN EN CENTRO OBSTÉTRICO.**

Paciente ingresa a centro obstétrico el día 18 de febrero a las 9 de la mañana , donde es valorada por médico tratante quien decide realizarle Culdocentesis cuyo

procedimiento ayudo a esclarecer el diagnostico determinando finalmente en aborto incompleto más embarazo ectópico.

Culdocentesis se puede realizar para obtener información adicional. Hoy en día, rara vez se hace porque no es específica y es invasiva, con el uso de la Tomografía abdominal, ha perdido significancia. Solo el 50% de los pacientes con un resultado de culdocentesis positivo suelen tener una trompa de Falopio rota (Kelly, 2014).

Paciente es sometida a legrado uterino instrumental más laparotomía exploratoria, se recupera favorablemente y 7 horas después se decide el pase al piso de maternidad.

The Journal Of Minimally Invasive Gynecology (JMIG) indica que el legrado uterino se ha utilizado para diferenciar embarazo ectópico del aborto involuntario en mujeres con embarazo de lugar desconocido, y la concentración de la progesterona sérica menos de 5 ng / ml o 3 ng / ml o alteración en la curva de concentración de gonadotropina coriónica humana (hCG); sin embargo este enfoque no puede aún cumplir con la necesidad de realizar un legrado uterino. (Jamer M. Yalcinkaya, 2010).

La British Medical Journal (BMJ) señala que el tratamiento quirúrgico es imprescindible en un embarazo ectópico roto. Una laparoscópica es preferible a un enfoque abierto en un paciente que está hemodinámicamente estable, la laparoscópica están asociados con tiempos operatorios más cortos, menos la pérdida de sangre intraoperatoria, estancias hospitalarias más cortas y la necesidad de analgesia inferiores. Además la dilatación y curetaje pueden ser útiles cuando se realizan en asociación con una laparoscopia "negativo" y en caso de sospecha de un embarazo ectópico. El clínico debe ser seguro de que el embarazo intrauterino, no es viable y se debe obtener el consentimiento, ya que este procedimiento podría interrumpir un embarazo en curso (Vanitha N Sivalingam, 2015).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) refiere que A la hora de decidir la vía de abordaje y el tipo de cirugía a realizar, deberán tenerse en cuenta

factores como el estado clínico de la paciente seos de preservar la fertilidad, las preferencias de la mujer (dentro de lo posible) y la localización de la gestación de cara a plantear la estrategia terapéutica .Por todas estas razones, y por la ley de autonomía del paciente, es esencial disponer de un buen consentimiento informado (nivel de evidencia IV, grado de recomendación C). Además metotrexato se ha demostrado muy eficaz en el tratamiento médico del embarazo ectópico (grado de recomendación A) y es tan efectivo como el tratamiento quirúrgico (grado de recomendación B), aunque es menos eficiente (produce más costes sanitarios) si no se da de alta precozmente a la paciente. Siempre que sea posible, la vía laparoscópica es preferible a la laparotomía (nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A). La laparoscopia tiene menor morbilidad, mayor rapidez de recuperación, igual tasa de gestación posterior, menos embarazos ectópicos posteriores, aunque presenta una mayor tasa de persistencia del trofoblasto. En pacientes hemodinámicamente inestables, es preferible la laparotomía (nivel de evidencia IV, grado de recomendación C). Se debe utilizarse la laparotomía si no existe personal entrenado para la realización de una laparoscopia (grado de recomendación A) (Prog Obstet Ginecol, 2010).

Además la SEGO recomienda que si la paciente presente datos de rotura tubárica con shock hipovolémico, se realice la salpinguectomía (grado de recomendación A). En una paciente clínicamente estable, en la que no es posible el uso de metotrexato, se podrá realizar una salpingostomía lineal en el borde antimesentérico de la trompa o una salpinguectomía en función de los hallazgos quirúrgicos. Es preferible la salpingostomía cuando la trompa contralateral es anómala o está ausente y se prefiere la salpinguectomía cuando la trompa contralateral parezca normal (nivel de evidencia IIa, grado de recomendación B). En ocasiones, puede realizarse expresión de las fimbrias («ordeñado») cuando la trompa está a punto de «abortar» el trofoblasto. Si no se realiza salpinguectomía debe realizarse control con B-HCG semanal hasta que se obtengan cifras normales. En caso de gestación ectópica persistente tras

salpingostomía, es eficaz el uso de metotrexato intramuscular en dosis única. (Prog Obstet Ginecol, 2010).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) refiere que en la actualidad que el tratamiento quirúrgico más utilizado para preservar la fertilidad es la SALPINGOSTOMÍA. Se realiza en casos hemodinámicamente estables, con gestación tubárica de localización distal (ampular), y en casos de embarazos no complicados, en aquéllos en los que la trompa tenga pocas alteraciones anatómicas o en casos de trompa única .La salpingostomía, también llamada salpingotomía lineal, descrita por primera vez por Stromme en 1953 (4), se utiliza para eliminar un embarazo pequeño (no complicado ni roto) y en la mitad distal de la trompa, realizando una incisión lineal en el borde antimesentérico de la trompa, evitando la coagulación de los puntos sangrantes y, si recurrimos a ella, haciéndolo siempre de la manera menos traumática posible (láser, coagulación bipolar). El producto es aspirado o eliminado y se irriga la trompa con soluciones para identificar los sitios de hemorragias y poder controlarlos. El cierre se realiza la mayor parte de las veces de manera espontánea, aunque hay autores que recomiendan un plano de sutura (Prog Obstet Ginecol, 2010).

- **ATENCIÓN EN EL AREA DE MATERNIDAD.**

Paciente es observada en el piso de maternidad durante 30 horas postquirúrgico quien se encuentra estable y se le envían muestras para el estudio histopatológico a familiares, se le da charla de métodos anticonceptivos y se decide darle el alta el día 21 de febrero a las 8:00 con medicación, hoja de referencia inversa al centro de salud N° 1 para el control respectivo.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomienda en el tratamiento conservador, un seguimiento con determinación semanal de BHCG sérica hasta su negativización. Si el nivel persiste elevado se administra una dosis de methotrexate por vía intramuscular (Prog Obstet Ginecol, 2010).

En un mes aproximadamente se reportó el estudio histopatológico el mismo que confirmó un embarazo ectópico y una reacción decidual.

La dualización que se produce en el embarazo ectópico puede ser un factor que lleve a un diagnóstico erróneo ya que en la ecografía se observan imágenes falsas positivas.

Decidualización ectópica se define como un cambio decidual a nivel del endometrio u otro lugar. Este fenómeno se ve forma como consecuencia de la progesterona. La exacta fuente de decidualización ectópica necesita estar investigado individualmente en cada caso, aunque dos posibles etiologías se han sugerido. La primera mecanismo es reversible inducido por la progesterona-metaplasia de las células mesenquimales sub-celómico, y la segunda teoría explica el papel de las células decídales existido previamente en el peritoneo. La aparición de una amplia decidualización ectópico se asemeja a lesiones metastásicas o tubérculos peritoneal y el examen histopatológico es la única manera de establecer el diagnóstico. (Soraya Salehgargari, 2013).

3.3.6. OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN

Paciente puede ser tratada en el segundo Nivel de atención de Salud es por eso que no necesita ser remitida a otro Nivel de Atención.

3.3.7. TRÁMITES ADMINISTRATIVOS.

La atención inicial fue realizada por obstetrix ya que por ese mes el Hospital Provincial Docente Ambato no contaba con médico residente en Ginecología.

La demora en el traslado en cada uno de los servicios puesto que debe esperar a que el personal auxiliar este libre para realizar estos trámites ya que cada área se encuentra lejos y la oportunidad de acceso se tarda un poco más.

La paciente tuvo que permanecer por 5 días aparentemente hospitalizada debido a los múltiples estudios y exámenes de laboratorio que fue sometida, para esclarecer el diagnóstico.

3.4. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

En este caso clínico se identificaron varios puntos críticos los cuales se describen:

- El manejo de las campañas de prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual del MSP en el grupo de trabajadoras sexuales es deficiente.
- La educación en salud y utilización adecuada de los servicios de salud de acuerdo a sus niveles de competencia que llevan a cabo las instituciones del Sistema Nacional de Salud es muy deficiente
- El control inadecuado de los múltiples factores de riesgo como las infecciones vaginales crónicas por parte del primer nivel de atención.
- Déficit en los índices de calidad para la atención oportuna e inmediata del paciente en el área de triaje.
- Incumplimiento de las Guías y protocolos estandarizados por el Ministerio de Salud Pública por parte del personal de salud
- No existe pertinencia en la solicitud de exámenes por parte de personal médico de las unidades de Salud
- Carencia de personal de salud y demora en la valoración de pacientes.
- Inadecuado manejo anticonceptivo post hospitalización de pacientes de grupos de riesgo elevados como son las trabajadoras sexuales.

3.4.1 RUTA DE USUARIO.

En este caso la paciente es una trabajadora sexual que debido a su nivel de educación básica, estrato socioeconómico medio bajo, migrante de nacionalidad Colombiana le predispone a la dificultad para acceder a los servicios de Salud.

El sistema público de salud ofrecido por el Estado es total o parcialmente gratuito cubre a casi 80% de trabajadoras sexuales. Además existen regulaciones o prácticas que obligan a los controles de la salud, ya sea porque existen normativas de salud que afectan a las trabajadoras sexuales, relativas al control de VIH e infecciones de transmisión sexual. Los controles ginecológicos y de infecciones obligatorios para las trabajadoras sexuales se llevan adelante en centros de salud específicos.

Las mujeres deben concurrir a estos centros con determinada frecuencia y acreditar los resultados de sus exámenes médicos en carnets u otro tipo de identificaciones. El estatus migratorio tiene consecuencias respecto de la accesibilidad al control y atención de la salud.

La calidad de la atención en salud requiere de la comunicación, confianza, buena información y garantía de confidencialidad. Para la salud sexual y reproductiva de estas mujeres, que se hable o no del trabajo sexual de la consultante es clave para evaluar las condiciones de acceso y la calidad de la atención, y depende de esos factores.

3.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Considero que ésta patología puede ser evitable, debido a que si la paciente hubiera adquirido información adecuada sobre atención primaria de salud se hubiera podido controlar los diferentes factores de riesgo.

¿Qué intervenciones se propone para controlar los factores determinantes identificados?

- Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención de la Red de servicios públicos en las trabajadoras sexuales en condiciones de vulnerabilidad como embarazos y enfermedades de transmisión sexual.
- Orientación de los servicios de salud acorde a los niveles de competencia que se llevan a cabo las instituciones del Sistema Nacional de Salud, para la satisfacción de las necesidades del paciente.
- Diseñar estrategias para difundir entre la comunidad la importancia de acudir a un centro de primer nivel de atención para el control de infecciones vaginales e infecciones de transmisión sexual.
- Plantear un nuevo Modelo de triaje estructurado para una derivación pronta y eficiente del paciente hacia el área correspondiente para que sea valorado.
- Promover la utilización de guías clínicas y protocolos internacionales sobre el manejo adecuado del embarazo ectópico.
- Realizar actividades de capacitación y sensibilización al personal de salud sobre la solicitud oportuna de exámenes.
- Establecer un Modelo de mejora continua para la selección de personal de salud en base a las necesidades reales de cada servicio y en conformidad con los recursos financieros disponibles.

- Brindar información y orientación adecuada sobre métodos anticonceptivos en las pacientes post hospitalizadas de grupos de riesgo elevados como son las trabajadoras sexuales.

3.6.. ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA

Después del análisis de caso es conveniente establecer un plan de mejoramiento, que consiste en proponer actividades que permitan controlar las condiciones médicas y no médicas que contribuyeron al proceso de evolución de la enfermedad, y evitar que se repitan en situaciones futuras.

Este plan de mejoramiento toma en cuenta las condiciones de la comunidad y de los centros de salud y hospitales, acordes al análisis realizado. Se asigna responsables y plazos de ejecución, crea condiciones de seguimiento y evaluación.

Se involucran a varias entidades o direcciones locales de salud, los organismos de control y calidad, las organizaciones comunitarias, además de los representantes de instituciones prestadoras de salud.

Sólo el trabajo continuo y perseverante de todos los involucrados permitirá de una u otra manera mejorar la situación actual de salud nuestro país.

3.7. CARACTERIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención de las trabajadoras Sexuales.	<p>Visitas domiciliarias para detección de grupos de riesgo</p> <p>Búsqueda activa de pacientes para la atención primaria</p>	Un año	Ministerio de Salud Pública	Autoridades y comisión propias del centro de salud
Orientación de los servicios de salud acorde a los niveles de competencia.	Dar a conocer a la comunidad sobre la cartelera de servicios de cada nivel de atención.	Un año	Ministerio de Salud Pública	Director de la Unidad de Salud.
Diseñar estrategias para difundir entre la comunidad la importancia del control de infecciones vaginales e infecciones de transmisión sexual.	Dar a conocer a la comunidad sobre los diferentes programas de promoción de la salud	Seis meses	Ministerio de Salud Pública	Autoridades y comisión propias del centro de salud

Instaurar un nuevo modelo de triaje	Brindar una Atención rápida y eficiente a los pacientes de acuerdo a los índices de triaje.	Inmediata	Ministerio de Salud Publica	Director general del HPDA Jefe del área de Emergencia.
Implementar guías de manejo propias para nuestro medio.	Establecer guías y/o protocolos relacionados a el diagnóstico y tratamiento de embarazo ectópico en el HPDA.	Seis meses	Director General del HPDA	Jefe del área de ginecología en consenso con Médicos Ginecólogos
Capacitar y sensibilizar al personal de salud sobre la solicitud oportuna de exámenes.	Capacitación al personal de salud.	Un año	Director General del HPDA.	Personal de salud
Establecer un Modelo de mejora continua para la selección de personal de salud en base a las necesidades reales de cada servicio	Verificación del personal en cada área del HPDA.	Inmediata	Director del HPDA	Recursos Humanos.
Brindar información y orientación adecuada sobre métodos anticonceptivos.	Charlas sobre la necesidad de métodos anticonceptivos	Inmediata	Director del área del HPDA	Jefe del área de ginecología Personal de enfermería.

4. CONCLUSIONES.

- El diagnóstico precoz se basa en 3 pilares fundamentales la exploración clínica, ecografía y, cuando no es suficiente con ambas, las determinaciones seriadas la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (β -HCG) (recomendación tipo B).

- Existen múltiples factores de riesgo que predisponen al embarazo ectópico y que contribuyen al incremento de la morbimortalidad materna, muchos de los cuales son susceptibles de ser modificados desde la atención primaria de salud, tales como:
 - ✓ Factores biológicos: uso de dispositivos intrauterino, enfermedad pélvica inflamatoria, enfermedades de transmisión sexual, edad temprana de primera relación sexual, edad materna, origen étnico.
 - ✓ Factores Ambientales: estrato socioeconómico bajo.
 - ✓ Factores relacionados al estilo de vida: múltiples compañeros sexuales, consumo de tabaco, duchas vaginales, lugar de residencia.

- La guía de manejo más adecuada y adaptable a nuestro medio para el tratamiento de embarazo ectópico son: las Guías de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que plantea varios tratamientos relacionados a las deferentes situaciones del embarazo ectópico.

- El embarazo ectópico puede diagnosticarse antes de ser sintomático y plantearse una estrategia terapéutica definitiva con pocas complicaciones. La cirugía conservadora y el tratamiento médico del embarazo ectópico son comparables en términos de tasas de éxito y subsecuente fertilidad. Cuando hay posibilidad de elección, es preferible el tratamiento médico por su menor

coste y porque evita las complicaciones quirúrgicas (Grado de recomendación B).

- La intervención de los servicios de salud en el manejo del embarazo ectópico se ve reflejado en varios aspectos: médicos, costos, disponibilidad de equipos y de personal de atención en salud capacitado. La implementación de Guías y protocolos de diagnóstico y tratamientos médicos y quirúrgicos, en todas las unidades de atención.
- El esquema de control ginecológico que está sometidas las trabajadoras sexuales, son normas establecidas por reglamentos del País. Además el alcance de la obligatoriedad de la realización de controles de salud en las trabajadoras sexuales se ve reflejado “porque estaba obligada a controlarse por el carnet sanitario u otra disposición legal” y “porque la obligaron en su trabajo a hacerse un control”. Estas son regulaciones del País con reglamentaciones que así lo exigen.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA:

- Bachman, E. A. (2012). Gestión médica del embarazo ectópico: Una comparación de Regimenes. NIH Public Access, Clin Obstet Gynecol, 9.
- Benavente, R. A. (2014). Sistema de triaje en urgencias generales. Curso Experto Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias, 39.
- BioMedCentral. (2014). Role of activins in embryo implantation and diagnosis of ectopic pregnancy: a review. Refaat Reproductive Biology and Endocrinology 2014, 12:116, 8.
- Componente Normativo Materno Neonatal. (2008). Aborto-Embarazo Ectopico. CONASA, 320.
- Daniilidis A1, P. A. (2014). A unique case of ruptured ectopic pregnancy in a patient with negative pregnancy test - a case report and brief review of the literature. Hippokratia Quarterly Medical Journal, 3.
- Deb, S. (2013). Guidelines on management of Ectopic pregnancy. Emergency Gynaecology SSU_S.Deb Guidelines on Management of Ectopic pregnancy, 12.
- Diana Carolina Vargas Fiesco, J. A. (2011). Aborto. Obstetricia integral, 11.
- Fisas, S. F. (2011). Papel de la ecografía obstétrica en la sala de urgencias. Institut Universitari Dexeus, 28.
- García*, N. F. (2011). Enfoque global de la sífilis congénita. Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de santander, 15.

- Gedzelman, E. (2012). Antiepileptic drugs in women with epilepsy during pregnancy. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 71– 79.
- Guerrero Martínez Elly, R. R. (2014). Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico. *Ginecol Obstet Mex* 2014;82:83-92., 10.
- Gutiérrez, A. (2012). La embarazada con epilepsia:. *Acta Neurol Colomb Vol.* 21 No. 1, 63-72.
- Harden, M. (2010). Practice Parameter update: Management issues for women with. *American Academy of Neurology*, 133 - 142.
- J. Papillon-Smith, M. B. (2014). Population-Based Study on the Effect of Socioeconomic Factors and Race on Management and Outcomes of 35,535 Inpatient Ectopic Pregnancies. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 23.
- Jin-Sung Yuk, Y. J.-Y.-H. (2013). Association between socioeconomic status and ectopic pregnancy rate in the Republic of Korea. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 4.
- López-Olivares, P. L.-L.-M. (2014). El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. Elsevier, 7.
- Luis Cabero Roura, D. S. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal.* Madrid,España: Medica Panamericana.
- Martínez Benavides Mercedes .Navalón Bonal Zaira, L. B. (2011). Anticoncepción intrauterina. *Protocolos Sociedad Española De Gineco-Obstetricia.*, 23.
- Méndez, O. (2010). Ejemplos de aplicación del modelo de. *Modelos Para El Análisis de la Mortalidad Materna y Perinatal*, 60-83.

- Ministerio De Salud Publica. (2013). Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Dirección Nacional de Normatización.
- MSP-OPS/OMS. (Septiembre de 2010). Diagnóstico situacional de sífilis materna y sífilis congénita en las 28 maternidades de la red de establecimientos del Ministerio de Salud durante el año 2009. PAHO -WHO, 15.
- Nancy N Hamura*, J. W. (2013). El impacto del embarazo ectópico tubárico en Papúa Nueva Guinea - una revisión retrospectiva de casos. Hamura et al. BMC Pregnancy and Childbirth, 8. Obtenido de <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/86>
- OMS. (2014). Mortalidad materna. Organizacion Mundial de la Salud, 3.
- Organizacion Panamericana de la Salud y Texas Children Hospital. (2011). Intervenciones basadas. Washington, D.C.: NLM.
- PAHO/WHO. (2013). Ecuador. Salud en las Americas, 2.
- Secretaría de Salud. (Septiembre 2012). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Defectos del. Dirección General de Epidemiología Salud México, 1 - 55.
- Soraya Salehgargari, B. S. (2013). Ectopic Decidual Reaction Mimicking Irritable Bowel Syndrome. S. Salehgargari., 3.
- Velázquez Arjona Serge, C. C. (2011). Embarazo ectópico cornual en el tercer trimestre. MEDISAN , 15.
- W. Soler, M. G. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 6.

- Zhang J, T. E. (2011). Meta-análisis: la ducha vaginal aumenta el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, de embarazo ectópico y de cáncer de cuello . MEDLINE, 5.
- Zuleta, J. J. (2010). Análisis poblacional de la mortalidad. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal, 115-133.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

– **ELSEVIER.**

Cheng Li, C.-X. M.-H.-Q. (2014). Risk factors for ectopic pregnancy in women with planned pregnancy:a case–control study. ELSEVIER, 7.

doi:10.1016/j.ejogrb.2014.07.049

URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211514004217>

– **SPRINGER**

Twijnstra, S. P. (2012). Ectopic pregnancy: when is expectant management safe? SPRINGER, 6. doi:10.1007/s10397-012-0736-6

URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23144641>

– **ELSEVIER**

Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction. (2012). Facteurs de risque de récidence des grossesses extra-utérines -extra-utérines. ELSEVIER, 7. doi:10.1016/j.jgyn.2011.09.002

URL: <http://www.em-consulte.com/article/687571/alertePM>

– **JOURNAL**

Jamer M. Yalcinkaya, M. S. (2010). Culdocentesis Followed by Saline Solution–Enhanced , Ultrasonography: Technique for Evaluation of Suspected, Ectopic Pregnancy. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology (JMIG)* , 6.

URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20656566>

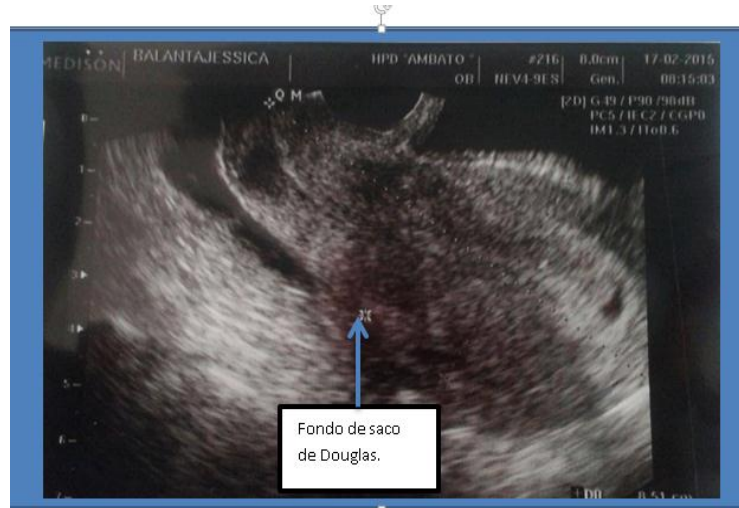
– **RED DE REVISTAS CIENTÍFICAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, ESPAÑA Y PORTUGAL.**

Núñez, J. H., Yong, M. V., & Chávez, A. O. (2013). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 10.

URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180029304006>

6. ANEXOS.

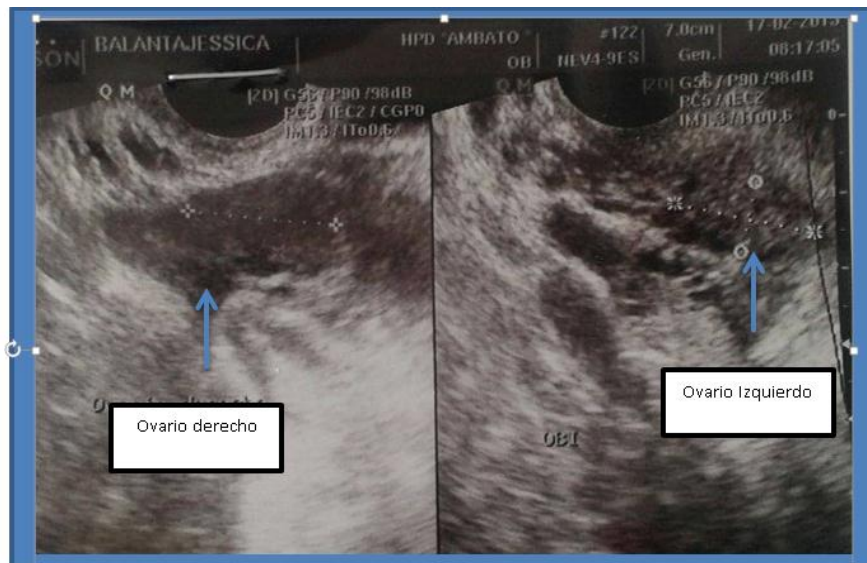
Gráfico 1. ECO PÉLVICO TRANSVAGINAL.



Fuente: Historia clínica del HPDA.

Elaborado por: Mayra Guamushig.

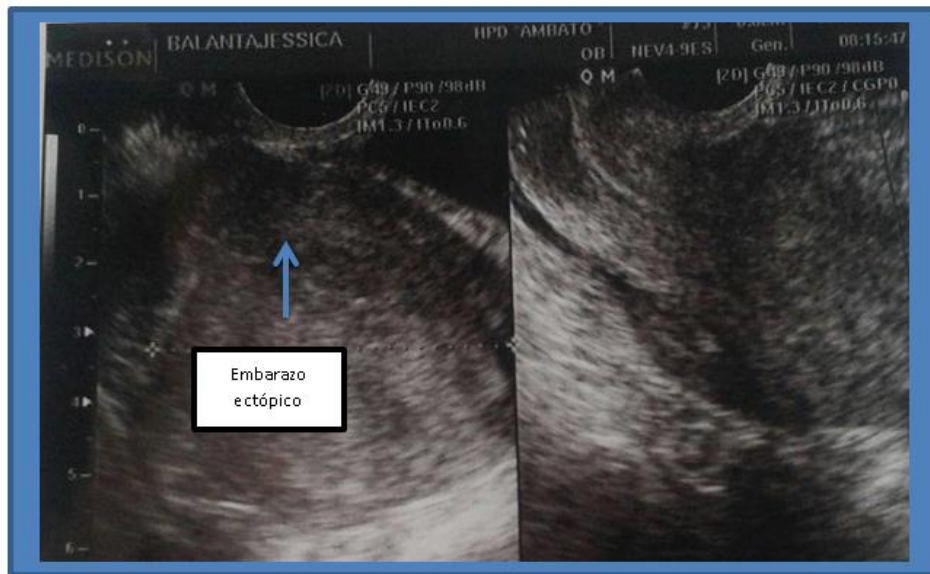
GRÁFICO 2. ANEXOS.



Fuente: Historia clínica del HPDA.

Elaborado por: Mayra Guamushig.

Gráfico 3. EMBARAZO ECTÓPICO EN TROMPA DERECHA.



Fuente: Historia clínica del HPDA.

Elaborado por: Mayra Guamushig.

Gráfico 4. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA EMBARAZO ECTÓPICO.



Fuente: Paciente del HPDA.

Elaborado por: Mayra Guamushig

Gráfico 5. CULDOCENTESIS.



Fuente: Paciente del HPDA.

Elaborado por: Mayra Guamushig.

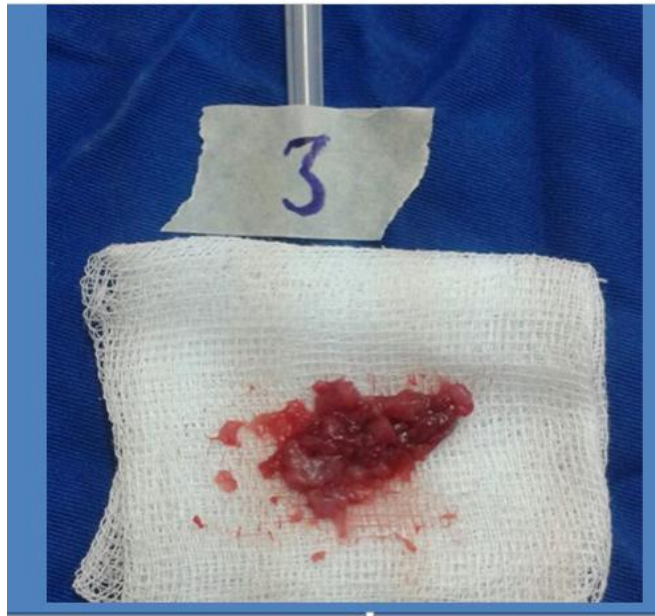
Gráfico 6. RESTOS DE CULDOCENTESIS.



Fuente: Paciente del HPDA.

Elaborado por: Mayra Guamushig.

Gráfico 7. LEGRADO: MUESTRA DE ENDOMETRIO.



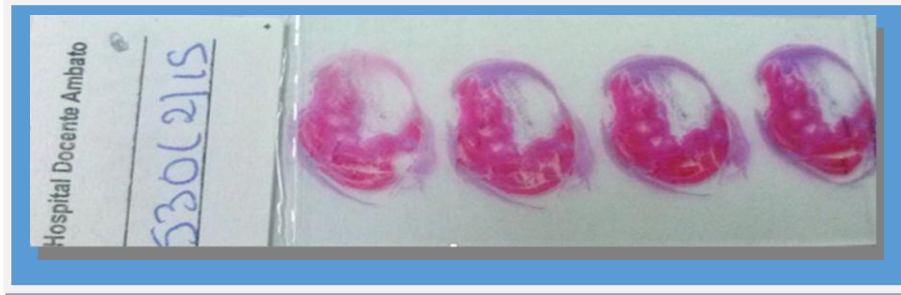
Fuente: Paciente del HPDA. **Elaborado por:** Mayra Guamushig.

Gráfico 8. MUESTRA DE ANEXO DERECHO OBTENIDO POR LAPAROTOMÍA.



Fuente: Paciente del HPDA. **Elaborado por:** Mayra Guamushig.

Gráfico 9: PLACAS HISTOPATOLÓGICAS DE ANEXO DERECHO.

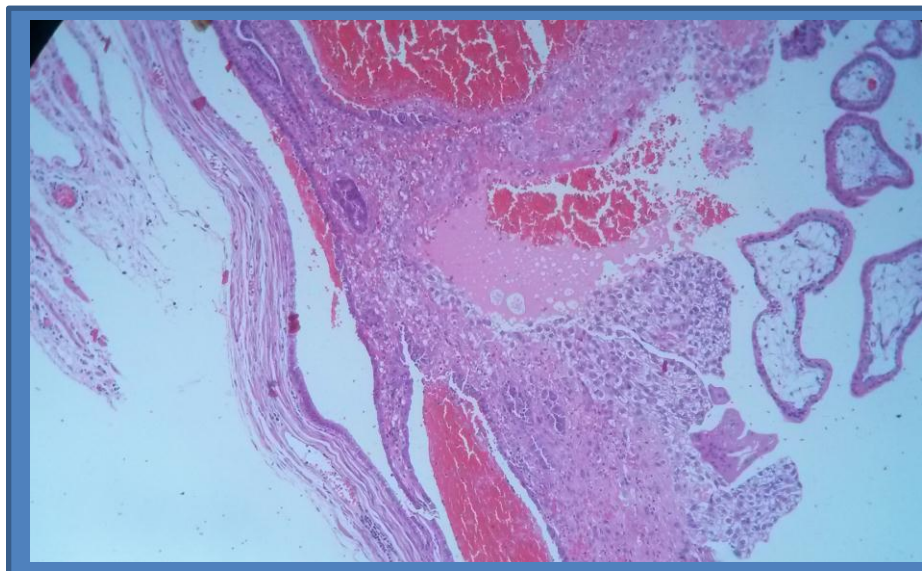


Fuente: Paciente del HPDA.

Elaborado por: Mayra Guamushig.

Gráfico 10. ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

De Anexo Derecho Obtenido Por Laparotomía.

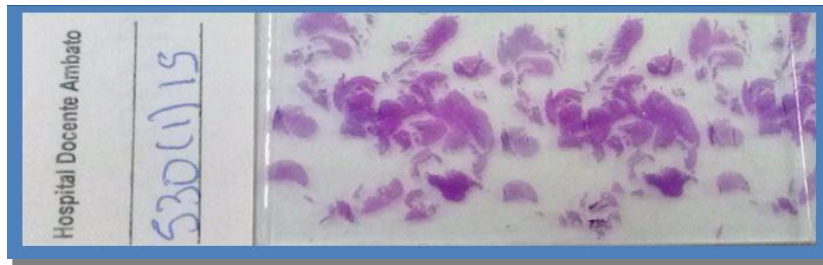


Se observa pared de trompa uterina en la luz; con coágulo sanguíneo con presencia de vellosidades placentarias y con tejido trofoblástico que invade a la pared.

Fuente: Paciente del HPDA.

Elaborado por: Dr.: José Rodríguez.- Mayra Guamushig.

Gráfico 9: PLACAS HISTOPATOLÓGICAS DE ENDOMETRIO.

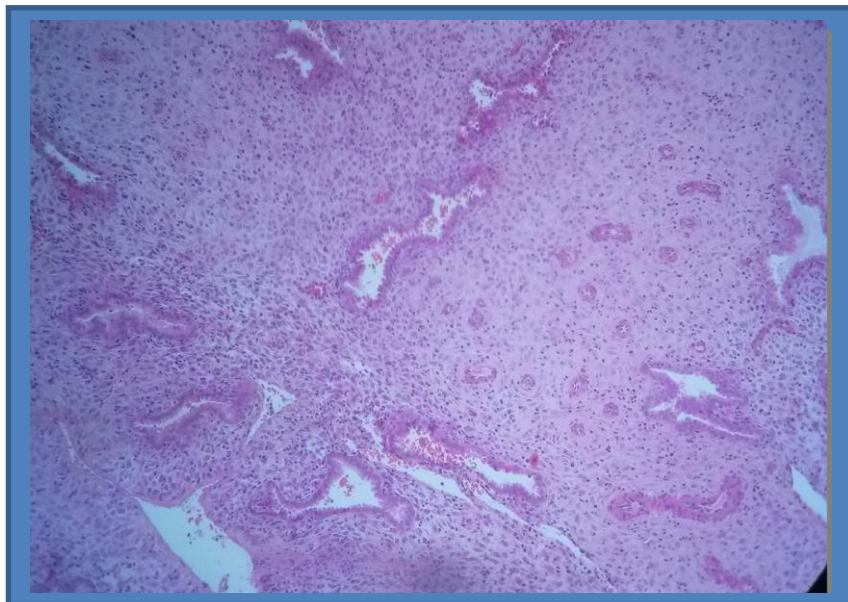


Fuente: Paciente del HPDA.

Elaborado por: Mayra Guamushig.

Gráfico 12 . ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO:

Muestra De Endometrio Obtenido por Legrado.



Se observa tejido de glándulas endometriales dilatadas y estroma con células irregulares de eritroblastoma rosáceo y núcleos irregulares de aspecto decidual.

Fuente: Paciente del HPDA.

Elaborado por: Dr.: José Rodríguez - Mayra Guamushig.

Gráfico 13 . INFORME DE ECO PELVICO TRANSVAGINAL.

EDAD	23AÑOS
SERVICIO	SP
FECHA	17 DE FEBRERO DEL 2015

ECO PELVICO

Utero en anteversión mide 8,5 cm x 4,1 cm x 5,1 cm.
En cavidad endometrial se advierte contenido ecogenico y anecoide que se distribuye de predominio en el fondo, cantidad aproximada entre 5 y 10cccc, en relación con restos hemáticos y/o corioplacentarios.
Cérvix entre abierto de 4 cm de longitud.
Ovarios y anexos de características ecográficas normales.
Espacios de Douglas con liquido libre en moderada cantidad.

CONCLUSION

- Aborto incompleto.

Dr. Hugo Acuña
MEDICO RADIOLOGO

Fuente: Paciente del HPDA.

Elaborado por: Mayra Guamushig.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**ENCUESTA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO
ECTÓPICO**

Instructivo: Por favor lea con atención cada una de las preguntas y señale la que más le parezca.

**PREGUNTAS RELACIONADAS CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS
PERSONALES Y HÁBITOS**

1.-USTED HA TENIDO O TIENE ALGUNA ENFERMEDAD DE
IMPORTANCIA? SI__ NO __

CUÁL? _____.

2.-EN SU FAMILIA ALGUIEN HA TENIDO O TIENE ALGUNA ENFERMEDAD
DE IMPORTANCIA? _____.

ALERGIAS? _____.

3.- FUMA CIGARILLOS? SI: _____, NO: _____

CUÁNTOS POR DÍA?

1: _____; 2: _____; 3: _____, 4: _____, 5: _____, 6: _____ MÁS DE 6: _____,

CUÁNTOS: _____

CUÁNTO TIEMPO FUMA?

4.- BEBE ALCOHOL? SI: _____, NO: _____

CON QUÉ FRECUENCIA?

CADA DÍA: _____; SEMANALMENTE: _____ MENSUALMENTE: _____

5.-AH CONSUMIDO ALGUNA VEZ DROGAS: SI __ NO __

CUAL / ES? _____

CON QUE FRECUENCIA? _____

POR CUÁNTO TIEMPO? _____

ANTECEDENTES GÍNECO OBSTÉTRICOS

1.-CUÁNTOS EMBARAZOS HA TENIDO? _____

2.- CUÁNTOS ABORTOS HA TENIDO? _____

¿HA TOMADO ALGÚN ABORTIVO? _____

3.- CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE? _____

- 4.- HA TENIDO ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL? SÍ: _____
NO: _____
- 5.- CUÁL? _____
- 6.- RECIBÍ TRATAMIENTO PARA CURAR LA ENFERMEDAD? _____
- 7.- COMPLETÓ EL TRATAMIENTO? _____
- 8.- CON QUE FRECUENCIA ACUDE AL GINECÓLOGO? _____
- 9.- SE HIZO ALGUNA VEZ UN PAPANICOLAO? SÍ: _____ NO: _____
- 10.- CUÁL FUE EL RESULTADO? _____
- 10.- LA FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LO HIZO FUE? _____
- 11.- A QUÉ EDAD EMPEZÓ A TENER RELACIONES SEXUALES? _____
- 12.- HA USADO ALGÚN MÉTODO PARA NO QUEDAR EMBARAZADA?
SI _____ NO _____
- 13.- QUÉ MÉTODO /OS? _____
- 14.- CUÁNTO TIEMPO LO USÓ? _____
- 15.- POR QUÉ ELIGIÓ ESE MÉTODO? _____
- 16.- TUVO ALGÚN PROBLEMA DURANTE EL TIEMPO QUE USÓ ESE
MÉTODO? _____
- 17.- COMO SE REALIZA USTED EL ASEO
ÍNTIMO? _____
- 1 VEZ POR SEMANA _____ 2 VECES _____ 3 VECES _____
DIARIO _____

**PREGUNTAS RELACIONADAS A LA ATENCIÓN HOSPITALARIA,
MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

- 1.- ¿CUÁNDO EMPEZÓ EL DOLOR? _____
- 2.- ¿ERA INTENSO? _____
- 3.- ¿HUBO SANGRADO VAGINAL? SI _____ NO: _____
- 4.- ¿CUÁNTOS DÍAS HA ESTADO CON SANGRADO VAGINAL? _____
- 5.- ¿CUÁNTAS TOALLAS MOJÓ? _____
- 6.- ¿SE SENTÍA MUY DÉBIL? _____
- 7.- ¿ANTES DE ACUDIR AL HOSPITAL USTED YA SABÍA QUE ESTABA
EMBARAZADA?
- 8.- ¿TOMÓ ALGÚN ABORTIVO? _____
- 9.- ¿CÓMO ALIVIÓ EL DOLOR? _____
- 10.- ¿QUÉ SE TOMÓ? _____
- 11.- ¿LE CALMÓ EL DOLOR? _____
- 12.- ¿DESDE QUE APARECIÓ EL DOLOR Y EL SANGRADO A QUÉ TIEMPO
ACUDIÓ AL HOSPITAL? _____

OPORTUNIDAD DE SOLICITUD DE CONSULTA?

1.- ¿DESDE QUE ACUDIÓ AL HOSPITAL EN QUE TIEMPO LE PREGUNTARON SUS DATOS? _____

2.- USTED CONSIDERA QUE LE ATENDIERON PRONTO?

3.- USTED CONFÍA EN LOS SERVICIOS DE SALUD? SÍ: _____ NO: _____
POR QUÉ? _____

4.- ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA MALA EXPERIENCIA AL RESPECTO?

5.- SI LE DUELE ALGO ACOSTUMBRA A TOMAR AGUAS MEDICINALES?
SÍ _____ NO: _____ POR QUÉ? _____

6.- SI LE DUELE ALGO ACUDE DÓNDE UN CURANDERO O SHAMÁN?
SÍ _____ NO: _____ POR QUÉ? _____

7.- SI LE DUELE ALGO ACUDE A LA FARMACIA Y COMPRA UNA PASTILLA? SÍ _____

NO: _____ POR QUÉ? _____

QUÉ HAGO? _____

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA?

1.- QUÉ CENTRO DE SALUD LE QUEDA CERCAÑO? _____

2.- QUÉ DISTANCIA HAY DESDE SU CASA O LUGAR DE RESIDENCIA AL CENTRO DE SALUD? _____

3.- QUÉ DISTANCIA HAY DESDE SU CASA O LUGAR DE RESIDENCIA AL HOSPITAL? _____

PORQUE NO ACUDIÓ AL CENTRO DE SALUD CUANDO INICIARON LOS SÍNTOMAS?

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38

Acceso a tecnología		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

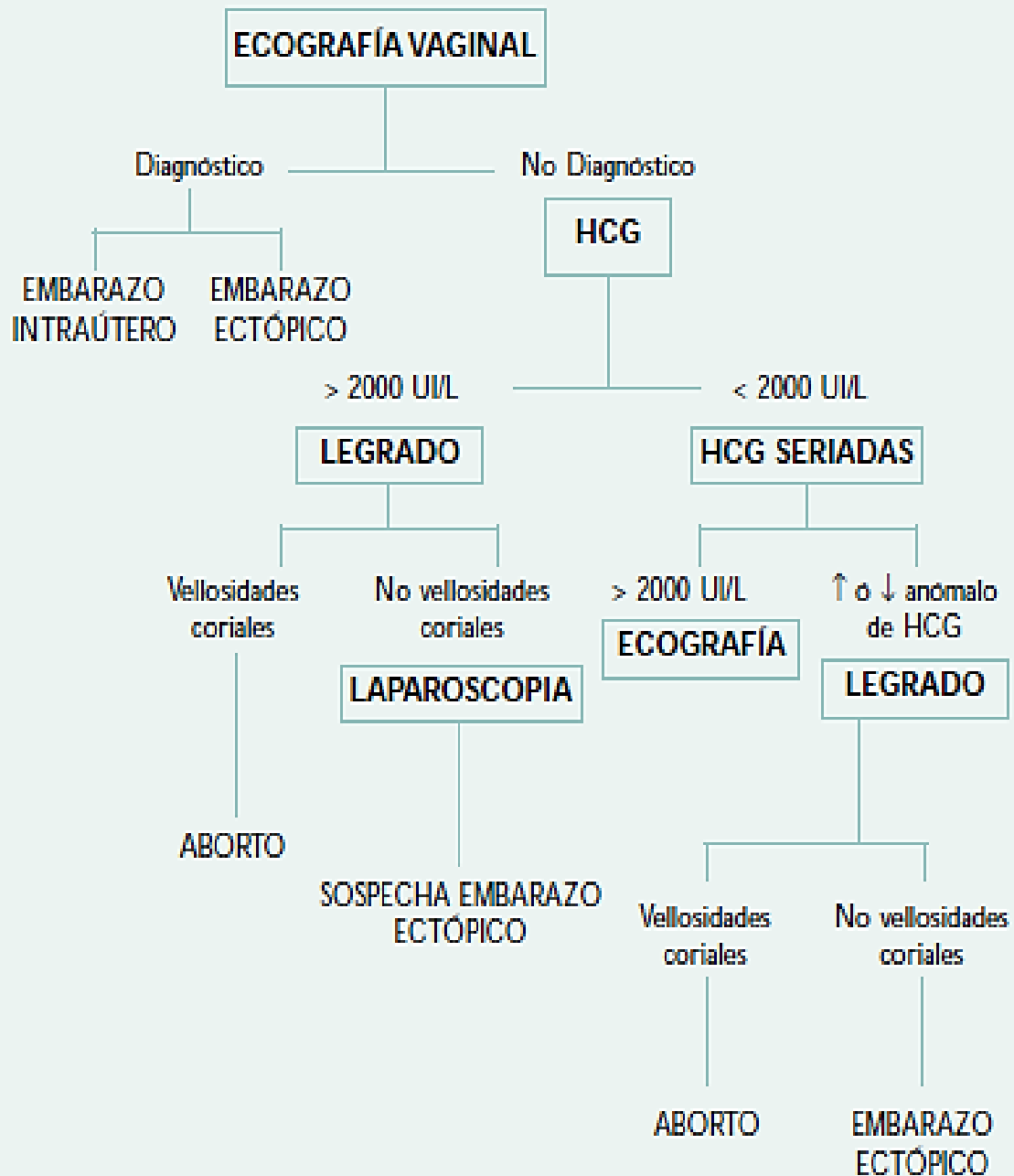
Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

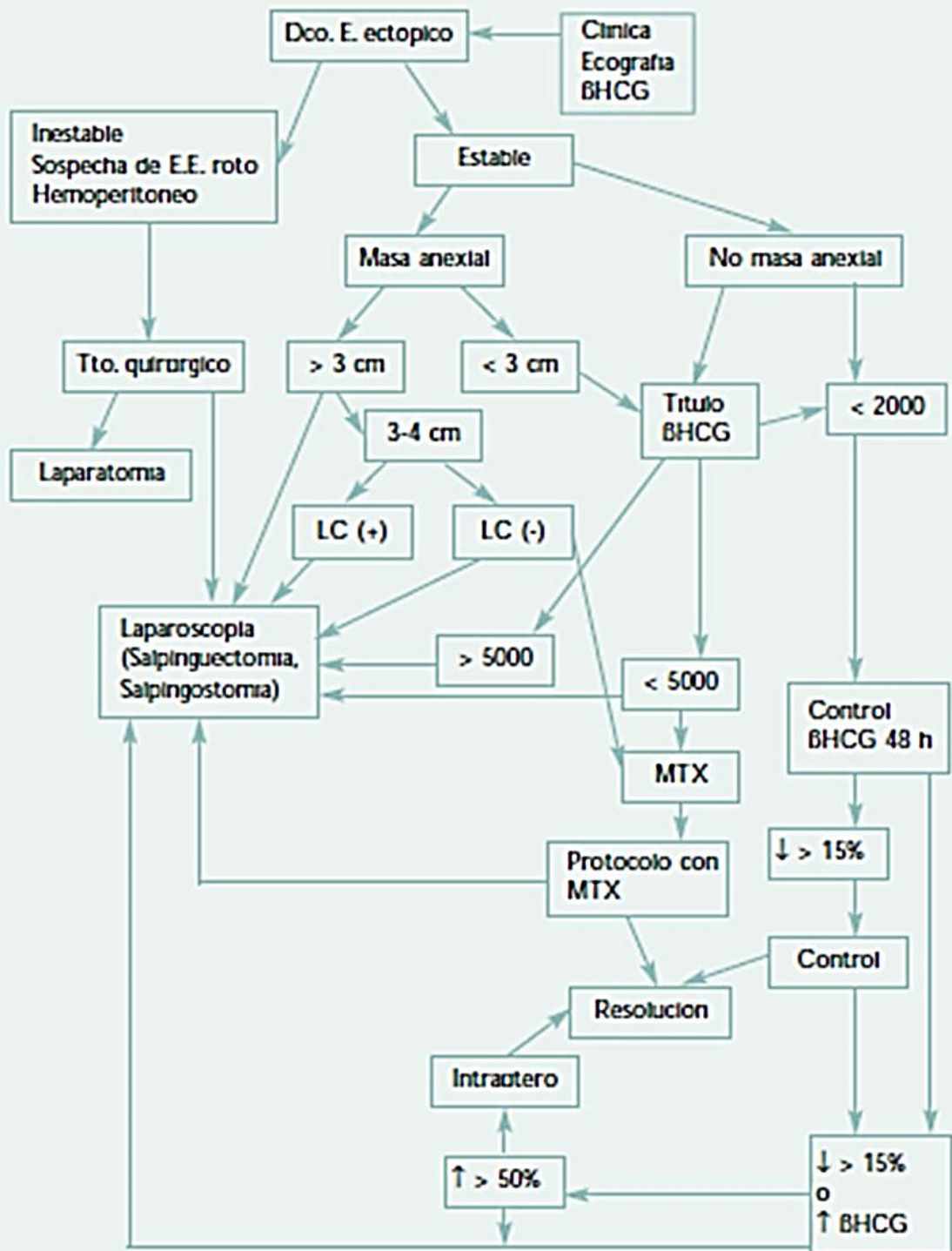
Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

↓
suma de
puntajes
finales

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO



ALGORITMO TERAPÉUTICO



Consentimiento Informado

Yo, **BALANTA JESSICA MARIA**, con número de pasaporte 111454623. En calidad de paciente del Hospital Provincial General Docente Ambato de la Ciudad Ambato, con historia clínica No.410007, previo explicación, doy mi consentimiento el mismo que fue informando el día de hoy 11 de Marzo del 2015, para la utilización de los datos que reportan en mi historia clínica para la realización y presentación de su caso clínico. El presente consentimiento informado, lo firmo, para permitir que el Srta. Egresada de la carrera de medicina: **Mayra Soraya Guamushig Aimacaña**, con cédula de identidad No.1804214615, estudiante de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO use la información médica de mi historia clínica, para la realización del caso clínico titulado: **“EMBARAZO ECTÓPICO Y REACCIÓN DECIDUAL”**.

Después de haber leído detenidamente la hoja de consentimiento informado y de haber escuchado las respuestas a mis inquietudes en forma voluntaria autorizo a que se me tomen los datos necesarios para la realización de dicho análisis de caso. La información obtenida será confidencial

Para los fines legales pertinentes, firman el presente consentimiento informado, hoy miércoles día 11 de Marzo del 2015 a las 14:30 minutos p.m.

.....

Egresado Mayra Guamushig.

C.1804214615

.....

Balanta Jessica María.

Nº de pasaporte 111454623

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMEAYO

APELLIDO PATERNO		MATERNO	NOMBRES	H. CLINICA
		BALANTA	JESSICA MARIA	4824
SERVICIO	SALA CAMA	EDAD SEXO FE. OBTEN.		FE. SOLICITUD
		23 F 18/02/2015		18/02/2015

SOLICITUD DE EXAMEN

DIAGNOSTICO CLINICO ABORTO INCOMPLETA + EMBARAZO ECTOPICO ACCIDENTADO

OPERACION PRACTICADA

INATAMIENTO

ORIGEN Y/O NATURALEZA DE LA PIEZA

RESTOS CORIOPLACENTARIOS

SOLICITANTE	Nº DE PIEZAS
Md: Maritza Call FIRMA DEL MEDICO	

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	Nº INFORME
19/02/2015	12/03/2015	530-15

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

- Nº1 Se recibe varios fragmentos de tejido blando de aspecto membranoso, con un conjunto de 2.5 cc SPTM (1C).
- Nº2 Se recibe trompa uterina dilatada en todo su trayecto con fimbrias, que mide 4x2 cm, serosa congestiva. Al corte luz dilatada por material coágulo hemático y membranoso vollosos, se observa saco gestacionales, no embrión. SPPR (3C).

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

- Nº1: Los cortes histológicos muestran restos deciduales.
- Nº2: Trompa uterina que muestra a nivel de su serosa hemorragia con la presencia de vellosidades coriónicas que penetra su superficie hasta el músculo, además tejido decidual. La mucosa sin alteraciones histológicas.

DIAGNOSTICO:

- * Nº1 RESTOS DECIDUALES.
- * Nº2 EMBARAZO ECTOPICO TUBARIO FISURADO.

Dr. Jose Rodriguez F.
ANATOMO PATOLOGO

85



RECIBIDO 19 MAR 2015



Dra. Norma Almeida Norat
MEDICA PATOLOGA

MIEMBRO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA Y ECUATORIANA DE PATOLOGIA
MIEMBRO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE CITOLOGIA

ANATOMIA PATOLOGICA - CITOLOGIA - HISTOPATOLOGIA.
Castillo 06-48 entre Cevallos y Juan B. Vela Edificio "AMBATO 500" 2° piso - Of. 203
• Telfs: 2823192 • 2460951 - 0998 - 243601
• Correo electrónico : normaalmeida34@hotmail.com

Ambato, 01 de Abril de 2015

Paciente: Señora JESICA MARIA BALANTA

Edad: 23 años

Médico: Doctor BYRON MENA y Srta. MAYRA GUAMUSHIG AIMACAÑA

Espécimen: 1) Legrado y 2) Trompa uterina (Revisión de laminillas para docencia).

Antecedentes clínicos: IDg: Aborto incompleto + Embarazo ectópico accidentado. Se solicita revisión de laminillas para docencia.

INFORME HISTOPATOLÓGICO

MACROSCÓPICO: Nominado Hpda 530.- 15 1) y 2) Se recibe cuatro laminillas histopatológicas, según detalle: 1) Una laminilla histopatológica (legrado). 2) Tres laminillas histopatológicas (trompa uterina).

MICROSCÓPICO: 1) Los cortes muestran secciones de decidua congestiva, con áreas de edema, focos de necrosis e infiltrado inflamatorio polimorfonuclear; ribetes de endometrio hipersecretor con estroma decidualizado. No se observa vellosidades coriales ni células trofoblásticas. 2) Los cortes muestran secciones de trompa uterina con luz dilatada, misma que contiene abundantes coágulos fibrinohemáticos, varias células trofoblásticas y numerosas vellosidades coriales vascularizadas; la luz de los vasos contiene eritroblastos. Las vellosidades coriales presentan áreas de hiperplasia. En la pared uterina se observa cambios deciduales.

DIAGNÓSTICO: 1) LEGRADO UTERINO (REVISIÓN DE LAMINILLAS):

- DECIDUA.

2) TROMPA UTERINA -lado no especificado (REVISIÓN DE LAMINILLAS):

- EMBARAZO ECTOPICO.
- RESTOS EMBRIONARIOS (ERITROBLASTOS EN LA LUZ DE LOS VASOS VELLOSIARIOS).

Atentamente,

Dra. Norma Almeida N.
Médica Anatómo- Patóloga



HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
 DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA Y REGISTROS MÉDICOS
 VEINTE PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE HOSPITALIZACION
 MORBILIDAD - GINECOLOGIA
 TOTAL MUJERES
 AÑO 2014

ORDEN	CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE	TOTAL
1	O23.9	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo	84	54	138
2	O23.5	Infección genital en el embarazo	45	61	106
3	O23.0	Infección del riñón en el embarazo	56	42	98
4	O72.2	Hemorragia postparto secundaria o tardía	39	44	83
5	O02.0	Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme	21	36	57
6	N83.2	Otros quistes ováricos y los no especificados	22	23	45
7	N85.0	Hiperplasia de glándula del endometrio	21	22	43
8	O00.9	Embarazo ectópico, no especificado	26	13	39
9	O21.0	Hiperemesis gravídica leve	28	9	37
10	O85.X	Sepsis puerperal	25	10	35
11	D25.9	Leiomioma del útero, sin otra especificación	17	14	31
12	O14.9	Preeclampsia, no especificada	20	8	28
13	O99.6	Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo, el parto y el puerperio	10	18	28
14	D06.9	Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada	11	15	26
15	D06.9	Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada	20	6	26
16	N92.1	Menstruación excesiva y frecuente con ciclo irregular	13	10	23
17	T74.2	Abuso sexual	6	13	19
18	O42.9	Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación	13	5	18
19	O73.0	Retención de la placenta sin hemorragia	9	9	18
20	N75.1	Absceso de la glándula de Bartholin	6	12	18
21	N87.1	Displasia cervical moderada	1	2	3
FALLECIDOS			1646	1597	3243
PARTOS			320	334	654
ABORTOS			531	435	966
LAS DEMAS			2890	2792	5782
TOTAL					

LIC. EUGENIA MONTESDECCA
 LÍDER DE ADMISIONES Y R. MÉDICOS HGDA

