



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**“Conducta obstétrica en secundigesta de 8.5 semanas de gestación con
embarazo ectópico cornual”**

AUTORA

GYSSI JULISSA GARCIA VILLEGAS

TUTOR

DR. HUGO ALVARADO FRANCO

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

2021



ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO.....	1
II. DEDICATORIA.....	2
III. TEMA	3
IV. RESUMEN.....	4
V. ABSTRACT.....	5
VI. INTRODUCCIÓN	6
1. MARCO TEORICO.....	7
1.1. Definición de embarazo ectópico	7
1.2. Clasificación del embarazo ectópico	7
1.3. Epidemiología	9
1.4. Etiología	9
1.5. Anatomía patológica	11
1.6. Cuadro clínico	11
1.7 Diagnóstico	12
1.7.1 Historia Clínica.....	12
1.7.2. Pruebas diagnósticas.....	13
1.8. Diagnóstico Diferencial	14
1.9. Tratamiento.....	14
1.10. JUSTIFICACIÓN	16
1.11. OBJETIVOS.....	17
1.11.1. Objetivo general.....	17
1.11.2. Objetivos específicos	17
1.12. DATOS GENERALES.....	18
2. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO.....	19
2.1 Análisis del motivo de consulta	19



2.2. Historia clínica de la paciente	19
2.3. Anamnesis	20
2.4. Examen físico (Exploración clínica)	20
2.5. Información de exámenes complementarios.....	21
2.6. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	22
2.7. Conducta a seguir	22
2.8. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema, considerando valores normales	23
2.9. Seguimiento	24
3. DISCUSIÓN	28
4. OBSERVACIONES	29
5. CONCLUSIONES.....	30
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
7. ANEXOS	34

I. AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

Así, quiero mostrar mi gratitud a todas aquellas personas que estuvieron presentes en la realización de esta meta, de este sueño que es tan importante para mí, agradecer sus palabras motivadoras, sus conocimientos y sus consejos

Por último, quiero agradecer a la base de todo, a mi familia, en especial a mis padres, que quienes con sus consejos fueron el motor de arranque y mi constante motivación, muchas gracias por su paciencia y comprensión, sobre todo por su amor.

A mis hermanas y hermano, de manera especial a mi hermana Betzi quien siempre me brindó su apoyo y ayuda en los momentos difíciles.

A mi querido mentor el Dr. Javier Rosales, gran parte de los conocimientos que hoy poseo y que me guían en mis decisiones como profesional son gracias a él por sus enseñanzas

Agradezco a mi Tutor quien con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en la investigación



II. DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado a Dios, A mis padres Hermógenes García y Elena Villegas, quienes han sido mi pilar fundamental para seguir adelante, a mis hermanas y hermano, especialmente a Betzi ella fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mi bases de responsabilidad y deseos de superación.

A mi esposo Xavier por estar siempre apoyándome en las diferentes etapas de este proceso universitario

Es para mí una satisfacción muy grande poder dedicárselos a ellos, que con mucho esfuerzo y esmero me lo he ganado.



III. TEMA

“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN SECUNDIGESTA DE 8.5 SEMANAS DE
GESTACIÓN CON EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL”



IV. RESUMEN

El embarazo ectópico (EE) corresponde a la implantación del blastocito fuera de la cavidad endometrial. El 98% de los embarazos ectópicos son tubáricos, su diagnóstico no es fácil y representa uno de los retos del personal de salud porque la demora en su diagnóstico puede conllevar a la ruptura, hemorragia y la muerte de la paciente. La localización cornual de la gestación ectópica es poco frecuente, para su diagnóstico se emplean criterios clínicos, resultados ecográficos y valores de laboratorio. El presente caso clínico se desarrolla por una paciente secundigesta de 24 años que acude por el área de emergencia por presentar dolor en hipogastrio irradiado a región lumbosacra y metrorragia, sin antecedentes de relevancia y con amenorrea de 2 meses; el médico de turno solicita prueba de embarazo cualitativa la que dio un resultado positivo y posteriormente una ecografía transvaginal, ginecólogo solicita beta-hCG cuantitativa, evalúa todos los parámetros, diagnóstica embarazo ectópico cornual de 8.5 semanas y se realiza laparotomía exploratoria + salpingectomía parcial derecha.

Palabras claves: Embarazo ectópico, localización cornual, laparotomía exploratoria, hemorragia.



V. ABSTRACT

Ectopic pregnancy (EE) corresponds to the implantation of the blastocyst outside the endometrial cavity. 98% of ectopic pregnancies are tubal, their diagnosis is not easy and represents one of the challenges for health personnel because the delay in their diagnosis can lead to rupture, bleeding and the death of the patient. The cornual location of the ectopic pregnancy is rare; clinical criteria, ultrasound results and laboratory values are used for its diagnosis. The present clinical case is developed by a 24-year-old secondary pregnant patient who came to the emergency area due to pain in the hypogastrium radiating to the lumbosacral region and metrorrhagia, with no relevant history and with 2-month amenorrhea; The doctor on duty requested a qualitative pregnancy test, which gave a positive result and subsequently a transvaginal ultrasound, the gynecologist requested quantitative beta-hCG, evaluated all the parameters, diagnosis of a cornual ectopic pregnancy of 8.5 weeks and an exploratory laparotomy + right partial salpingectomy was performed.

Key words: Ectopic pregnancy, cornual location, exploratory laparotomy, hemorrhage.



VI. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se conceptualiza como aquel donde el saco gestacional se implanta fuera del endometrio. Existen varios lugares donde puede situarse, siendo la más frecuente la que ocurre en la trompa, entre las demás ubicaciones: cornual, cervical, ovárico, abdominal o en la cicatriz de cesárea previa.

En el presente trabajo se presenta un embarazo ectópico cornual, es decir una implantación del saco gestacional en el cuerno del útero, en su zona laterosuperior, de acuerdo a varios estudios se reporta una incidencia de 2 a 4%, representando un porcentaje bajo, pero constituye una emergencia obstétrica que requiere de un diagnóstico precoz y un manejo oportuno.

La finalidad de la presente investigación será describir la conducta obstétrica realizada en el caso de una paciente secundigesta que presentó un embarazo ectópico cornual de 8.5 semanas, por lo que se decide realizar esta exposición detallada con la finalidad de relacionar con el manejo referido en la literatura médica para de esta manera concluir con una terapéutica efectiva y basada en evidencia para disminuir complicaciones asociadas a esta patología e inclusive la muerte.



1. MARCO TEORICO

1.1. Definición de embarazo ectópico

El embarazo ectópico ocurre cuando el blastocisto al implantarse se desarrolla fuera del endometrio, que corresponde a la capa interna del útero. El término embarazo ectópico no es sinónimo exclusivo de embarazo extrauterino, puesto que la implantación puede tener lugar en el cuello del útero y ser ectópico a pesar de que el cuello uterino forma parte del útero (Fernández, 2020).

El embarazo ectópico presenta una variante denominada embarazo heterotópico que se caracteriza por la coexistencia de un embarazo de implantación normal con un embarazo de implantación extrauterina (Caraguay, 2017).

1.2. Clasificación del embarazo ectópico

Dependiendo del lugar de implantación, se lo puede clasificar:

Embarazo ectópico tubárico

Ocurre cuando el blastocisto se implanta en la trompa de Falopio, es la variante más frecuente del embarazo ectópico con una frecuencia del 96 a 98% de los casos, este a su vez se clasifica en base al lugar de inserción en:

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

Embarazo ectópico ovárico

Se presenta en un 3% de los casos que generalmente ocurre en la cara externa del ovario, a su vez se clasifica en:



- Embarazo ectópico ovárico primario: Cuando el proceso de nidación desde su inicio ocurre a nivel de la superficie del ovario, se distinguen los criterios de Spielberg; trompas y fimbrias intactas sin entrar en contacto con el ovario, el saco gestacional ocupa la posición correspondiente al ovario, el saco gestacional está unido al útero por el ligamento útero-ovárico y es demostrable la presencia de tejido ovárico adherido a las paredes del saco gestacional.
- Embarazo ectópico ovárico secundario: Es aquel en que la implantación tuvo lugar en la trompa de Falopio para su posterior desplazamiento hasta la cara externa del ovario (Palomino, 2018).

Embarazo ectópico abdominal

Es la variedad de embarazo ectópico más complicado debido a la extravasación del embrión a la cavidad abdominal, se distinguen dos variantes:

- Abdominal primario: Es aquel en que la implantación tiene su inicio en la cavidad abdominal con los siguientes criterios diagnósticos:
 - Trompa y ovarios normales.
 - Ausencia de comunicación o fístula útero peritoneal.
 - Trofoblasto adherido al peritoneo.
- Abdominal secundario: Ocurre cuando la nidación tuvo lugar en la trompa de Falopio para posteriormente migrar hacia el peritoneo, siendo la variante más común del embarazo ectópico abdominal (Rivera & Díaz, 2020).

Embarazo ectópico cervical

Es aquella cuya implantación del blastocisto ocurre a nivel del cuello uterino, representando una forma poco frecuente de embarazo ectópico (Palacios, 2018).

Embarazo ectópico intraligamentario

Ocurre cuando la nidación tiene lugar en los pliegues del ligamento ancho del útero, generalmente se asocia a una secuela del embarazo ectópico tubárico roto (Caraguay, 2017).



1.3. Epidemiología

La incidencia del embarazo ectópico ha incrementado de forma progresiva en la última década siendo la responsable de la primera causa de muerte materna en el primer trimestre. Las estadísticas reflejan que el embarazo ectópico tubárico es la variante más frecuente hasta en el 95% de los casos (Sá & García, 2016).

A pesar de su incremento en la incidencia, la mortalidad ha disminuido hasta en un 10% por la precocidad en el diagnóstico y las actuales posibilidades terapéuticas. La edad gestacional más frecuente del diagnóstico del embarazo ectópico es entre la sexta y décima semana (Gómez, 2016).

En Estados Unidos, la tasa de embarazo ectópico es de 1.9 por cada 1.000 embarazos, en Reino Unido esto asciende a 8.3 por cada 1.000 embarazos, en Países Bajos 10.2 por cada 1.000 embarazos. A nivel sudamericano, la tasa se mantiene en 5 de cada 1.000 embarazos, siendo relativamente alta su morbilidad y mortalidad por el retraso de la identificación del embarazo y los signos de alarma (S. Espinoza & Pizarro, 2021).

1.4. Etiología

En alrededor del 50% de los casos, la causa del embarazo ectópico es desconocida. Sin embargo, se identifican los siguientes factores asociados:

Causas ovulares

Se reconocen 3 causas posibles que influyen en el desarrollo del blastocito y su implantación:

- Aceleración en el desarrollo del producto: Adquiere la capacidad de implantación antes de su llegada a la cavidad uterina.
- Transmigración: El huevo o cigoto migra desde una trompa a la otra trompa de Falopio, esto explica por qué el embarazo ectópico tubárico es el más frecuente de las variantes.
- Migración externa del producto: Ocurre cuando el huevo fecundado migra hacia la cavidad peritoneal (P. Espinoza & Zamboni, 2020).



Causas tubáricas

Se asocia a problemas a nivel de los conductos tubáricos que dificultan o impiden el transporte del cigoto hacia el interior del endometrio como en los siguientes casos:

Condiciones inflamatorias o estructurales que obstaculizan o impiden el paso del producto:

- Enfermedad pélvica inflamatoria: La coinfección de microorganismos patógenos a nivel de las trompas de Falopio por salpingitis secundaria a gonorrea y clamidia conllevan a la obstrucción parcial o total de la trompa uterina producto de la inflamación, lo que conlleva a que el huevo o cigoto se aloje en las trompas de Falopio (Galarza, 2019).
- Anomalías congénitas de la trompa de Falopio: Orificios tubáricos accesorios, hipoplasias tubáricas, diverticulitis, entre otros.
- Anomalías adquiridas: En las que se incluye los defectos tubáricos como agenesia de trompas y bridas tubáricas.
- Tabaquismo: El consumo de cantidades excesivas de alcohol incrementa la acción anti-estrogénica y con ello altera la respuesta inmunitaria, predispone a las infecciones pélvicas y altera la función y permeabilidad de la trompa de Falopio (Mamani, 2018).
- Cirugías: Se refiere a intervenciones quirúrgicas como la recanalización de trompas.
- Tratamiento de infertilidad: Hace referencia al procedimiento de hidrotubación.
- Causas disfuncionales: Espasmos tubáricos y discinesias.

Factores que modifican el lugar probable de implante:

- Endometriosis: Migración del tejido endometrial al exterior de la cavidad uterina.
- Alteración de la fisiología tubárica: Anormalidad en el peristaltismo de las trompas de Falopio y actividad ciliar anormal.



- Utilización de ACO: Los anticonceptivos de solo progestina actúan sobre la movilidad de las trompas de Falopio de tal manera que disminuyen el peristaltismo y en el caso de presentarse un embarazo existe mayor probabilidad de que sea ectópico. Por el contrario, los anticonceptivos combinados protegen contra los embarazos ectópicos (Huixian et al., 2018).
- Uso de DIU: El dispositivo intrauterino (DIU) aunque posee una eficacia de hasta el 95%, en un 5% de casos existe la posibilidad de embarazo porque el DIU protege contra el embarazo intrauterino pero no del embarazo extrauterino (Morales, 2018).

1.5. Anatomía patológica

El producto de la concepción ectópica histológicamente es idéntico al producto de una concepción intrauterina con la única excepción que no posee las características adecuadas para su crecimiento y desarrollo, es por ello que culmina en la pérdida de la gestación (León, 2019).

En el embarazo ectópico, la HCG fracción beta producida por el trofoblasto mantiene el cuerpo amarillo y permite la producción de hormonas sexuales femeninas (estrógeno y progesterona), lo cual permite que el útero experimente sus modificaciones habituales, como el útero que crece hasta alcanzar un tamaño de 10 semanas y el endometrio experimenta la reacción decidual que puede originar un sangrado vaginal que puede pasar desapercibido con la menstruación (Morales, 2018).

1.6. Cuadro clínico

Durante el inicio de la gestación ectópica, el cuadro clínico puede pasar desapercibido o ser considerado como un embarazo normal, cuando el ectópico evoluciona a un embarazo ectópico roto suele cursar con sintomatología característica del aborto como: amenorrea, dolor pélvico y metrorragia (Matos & Rodríguez, 2018).

- Amenorrea: Como consecuencia de la nidación del huevo o cigoto, el cuerpo inicia la función hormonal entrando en un estado de amenorrea,



generalmente no excede las 8 a 10 semanas de amenorrea, en un grupo de alrededor de 34% de mujeres se suele confundir el sangrado de la rotura ectópica con el periodo menstrual (Palacios, 2018).

- Dolor pélvico: Es el síntoma más frecuente en el 96% de casos, siendo el principal motivo de consulta, el dolor pélvico aparece a nivel de una de las fosas iliacas (unilateral) que no se irradia, con una intensidad moderada a severa que puede surgir de manera continua o intermitente, ante una rotura ectópica el dolor se generaliza en el abdomen (Cuero, 2018).
- Sangrado anormal: El embarazo ectópico es una de las causas de hemorragia en el primer trimestre junto con el aborto y el embarazo molar, se presenta en un 70% de gestantes, la cantidad es escasa de pocos días de duración pudiendo confundirse con la menstruación (Fernández, 2020).
- Masa anexial palpable: Ante la valoración obstétrica mediante el tacto bimanual es posible palpar una masa unilateral, la palpación debe de ser sutil puesto que de hacerlo bruscamente puede conllevar a la rotura tubárica (Martína, 2017).

1.7 Diagnóstico

1.7.1 Historia Clínica

La evaluación minuciosa de los antecedentes personales de la mujer y su estado actual corresponde al 30% del diagnóstico, la mayoría de embarazos ectópicos acuden por el servicio de emergencia del área gineco-obstétrica, con el cuadro clínico característico de amenorrea de 6 a 8 semanas, metrorragia y dolor pélvico (Martína, 2017).

El registro del historial clínico permite determinar los antecedentes de la gestante como: factores de riesgo, antecedente de embarazos ectópicos previos, empleo de métodos anticonceptivos intrauterinos u hormonales combinados, entre otros (Medicina Fetal Barcelona, 2017).



1.7.2. Pruebas diagnósticas

- Prueba de embarazo: La prueba de embarazo en sangre u orina cualitativa es positiva en el 90% de los casos (ACOG, 2019).
- HCG -b cuantitativa: Es una prueba hormonal de mayor sensibilidad que permite confirmar el embarazo, pero no da seguridad sobre su ubicación. La fracción beta de Gonadotropina Coriónica se intensifica en un 66% cada 48 horas hasta los primeros 40 días del embarazo, en los embarazos ectópicos no ocurre esta elevación hormonal. La combinación de la ecografía transvaginal con la b-HCG aporta valiosa información que permite correlacionar el volumen de la hormona con los datos ecográficos, cuando el valor de b-HCG plasmático es superior a 2.000 UI/l debe visualizarse un saco gestacional intrauterino, la falta de visualización del saco gestacional intrauterino con un valor de b-HCG mayor a 2.000 UI/l es sugestivo de embarazo ectópico o gestación no viable (Medicina Fetal Barcelona, 2017).
- Ecografía transvaginal: Comprende un método de gran ayuda para el diagnóstico de embarazo ectópico, en la que se visualiza el útero y su contenido, la ausencia de un saco gestacional intrauterino con un dosaje de b-HCG por encima de 2.000 UI/l obliga al explorador a buscar los anexos principalmente las trompas uterinas. La visualización del embarazo ectópico en las trompas de Falopio puede resultar difícil y operador dependiente, sin embargo, suele manifestarse como un anillo tubárico de estructura extrauterina de 20 a 40 mm de diámetro con presencia de vesícula vitelina y embrión, otro hallazgo será la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal y contenido hemático en fondo de saco de Douglas (Vega, 2016).
- Laparoscopia exploratoria: Constituye el método de elección del embarazo ectópico no complicado, puesto que permite visualizar el sitio y características de implantación del blastocisto. La laparoscopia resulta innecesaria y contraproducente en casos de adherencias uterinas, hemorragia genital abundante y hemoperitoneo (Cuero, 2018).



1.8. Diagnóstico Diferencial

El embarazo ectópico no roto debe diferenciarse de:

- Quiste de ovario torcido.
- Anexitis.
- Cuerpo lúteo persistente.
- Cálculo renal.
- Apendicitis aguda.
- Salpingitis.
- Enfermedad pélvica inflamatoria (Tapia & Méndez, 2017).

El embarazo ectópico roto debe diferenciarse de:

- Amenaza de aborto.
- Mola hidatiforme.
- Hemoperitoneo (Martínez & Leila, 2018).

1.9. Tratamiento

Se distinguen tres variantes de tratamiento en el embarazo ectópico: el tratamiento expectante, tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico.

Manejo expectante

Es aplicable únicamente en pacientes asintomáticas, en condiciones hemodinámicas estables, con integridad del huevo y descenso de los niveles de b-HCG. Se requiere de un estricto control de la paciente en compañía de los dosajes de b-HCG y ecografía transvaginal (Cabanilla, 2017).

Manejo Médico

Consiste en la administración de Metotrexate (MTX) por su acción inhibidora de la Dihidro-Folato-Reductasa del Trofoblasto alterando la síntesis del ADN y la multiplicación celular. El MTX es efectivo para inducir el aborto tubárico favoreciendo a la reabsorción del producto ectópico, se requieren de las siguientes características para el uso de esta terapéutica (Bouyer, 2017):

- Ectópico no roto.



- B-HCG menor a 1.000 UI/L.
- Menos de 100 ml de sangre en la cavidad pélvica.
- Paciente hemodinámicamente estable.

La dosis por emplear consta de 4 esquemas terapéuticos;

1. MTX 1 mg/kg cada 48 horas alternando con ácido fólico 0.1 mg/kg por cuatro dosis, es el esquema de mayor elección.
2. MTX 50 mg IM en monodosis + ácido fólico 0.1 mg/kg.
3. MTX 50 mg/m² de superficie corporal.
4. MTX 5 mg vía oral cada 8 horas por 5 días + ácido fólico 0.1 mg/kg (Reyna, 2016).

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico es el método de elección del embarazo ectópico roto o complicado que compromete el estado de salud materno. La técnica de elección dependerá de la ubicación del embarazo ectópico y de los deseos de la mujer para conservar la fecundidad (Tapia & Méndez, 2017).

El abordaje quirúrgico se realiza a través de laparotomía teniéndose de reserva hemoderivados porque podría presentarse alguna pérdida sanguínea considerable durante el procedimiento. Cuando el sangrado es excesivo puede ser necesaria la práctica de histerectomía para preservar la vida materna (FIGO, 2017; Vara, 2017).



1.10. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se lleva a cabo a través de la revisión documental y la investigación exhaustiva con la finalidad de describir la conducta obstétrica que se realizó en una paciente secundigesta que presentó un embarazo ectópico cornual de 8.5 semanas. Por lo que se decide presentar el caso clínico, con el fin de exponer el manejo descrito en la literatura, para así aportar sobre la importancia de su diagnóstico oportuno y conducta terapéutica actual con el objetivo de contribuir a la disminución de cifras de morbilidad y mortalidad en nuestro país.



1.11. OBJETIVOS

1.11.1. Objetivo general

- Analizar la conducta obstétrica empleada en la atención del embarazo ectópico cornual de 8.5 semanas en una paciente secundigesta.

1.11.2. Objetivos específicos

- Recopilar información actualizada acerca del manejo del embarazo ectópico.
- Describir los parámetros diagnósticos y las pautas terapéuticas del embarazo ectópico cornual de acuerdo con publicaciones de la comunidad científica.
- Presentar los resultados de la conducta obstétrica empleada en la paciente secundigesta con embarazo ectópico cornual de 8.5 semanas.



1.12. DATOS GENERALES

Nombres completos: XXX	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: XXXXX	Edad: 24 años
Fecha de nacimiento: XXXXXX	Estado civil: Soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: Primaria	Raza: Mestiza
Dirección: Quevedo k, 3 ½ El Proletariado	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: Bajo	Hospital: Hospital General Leon Becerra
Fecha de ingreso: 23-10-2020	FUM: 23-08-2020

Fuente: Expediente clínico del Hospital General Leon Becerra

Elaborado por: Gyssi García Villegas



2. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta

Paciente de 24 años de edad acude el día 23-10-2020 por el servicio de emergencia en compañía de su esposo por presentar cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio de moderada intensidad que se irradia a región lumbosacra acompañado de sangrado transvaginal en escasa cantidad, refiere que actualmente el dolor ha disminuido.

2.2. Historia clínica de la paciente

Antecedentes patológicos personales	No refiere
Antecedentes patológicos familiares	Padre y madre diabéticos
Antecedentes quirúrgicos	No refiere
Alergias	No refiere
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstétricos	
Menarquia	11 años
Ciclos Menstruales:	Irregulares 3 días
Inicio de vida sexual:	17 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas:	Gestas: 2 Partos: 1
Fecha de la última menstruación:	23/08/2020
Controles prenatales del embarazo actual:	0
Ecografías:	0
Edad gestacional:	8.5 semanas por FUM
Papanicolaou:	Ninguno

Fuente: Expediente clínico del Hospital General Leon Becerra

Elaborado por: Gyssi García Villegas



2.3. Anamnesis

Paciente de 24 años acude por área de emergencia a casa de salud el 23-10-2020, con cuadro clínico caracterizado por dolor en hipogastrio irradiado a región lumbosacra acompañado de metrorragia de 4 días de evolución. Antecedentes personales y familiares sin nada que llame la atención, antecedentes obstétricos G1 P1 FUM 23-08-2020, médico del servicio de guardia solicita prueba de embarazo cualitativa la misma es positiva, posteriormente solicita ecografía transvaginal institucional.

2.4. Examen físico (Exploración clínica)

Cabeza	Normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.
Cuello	Sin adenopatías
Tórax	Simétrico expansible, cardiopulmonar normal
Mama	Simétricas, no dolorosas al palpar
Abdomen	Suave depresible doloroso a la palpación en percusión mate.
Área genital	Cuello posterior, entreabierto con sangrado transvaginal.
Extremidades	Sin patología aparente, no edemas

Fuente: Expediente clínico del Hospital General Leon Becerra

Elaborado por: Gyssi García Villegas



2.5. Información de exámenes complementarios

REPORTE ECOGRÁFICO (23/10/2020)
Ecografía transvaginal del 23-10-2020 reporta: útero anteverso, de aspecto, textura y tamaño habitual, cavidad endometrial distendida de 16 mm con presencia de imagen pseudo-sacular en su interior, mide 52mm no se observa polo embrionario ni vesícula vitelina, folículo de tipo cuerpo lúteo en ovario izquierdo, adecuada vascularidad, ovario derecho con volumen de 3.02 cc, incidentalmente se observa imagen nodular heterogénea sólida, quística impresionada depender del salpinx derecho en unión con el cuerpo ipsilateral (intersticio) que mide 2.9 X 2.1 X 2.57 cm, volumen de 9.12 cc con vascularización central y periférica, no líquido en saco de Douglas.

Fuente: Expediente clínico del Hospital General Leon Becerra

Elaborado por: Gyssi García Villegas

PRUEBAS DE LABORATORIO REALIZADAS EL DÍA 25/10/2020	
Leucocitos	9.45
Neutrófilos	53.4%
Hemoglobina	9.90 g/dl
Hematocrito	31.6
Plaquetas	559.000
Test de embarazo en sangre	Positivo
HCG cuantitativa	199562mUI/ml
Grupo sanguíneo y factor Rh	A Rh +
TPT	24.90
TP	14.2
Glucosa	95.4 mg/dl



HIV 1-2	No reactivo
V.D.R.L.	No reactivo

Fuente: Expediente clínico del Hospital General Leon Becerra

Elaborado por: Gyssi García Villegas

2.6. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Por el cuadro clínico de la paciente a su ingreso por el servicio de emergencia se podría establecer un diagnóstico presuntivo de un quiste anexial: debido a la edad fértil, antecedentes obstétricos, ausencia de métodos de planificación familiar y retraso menstrual acompañado de la clínica de sangrado transvaginal y dolor pélvico, sin embargo, se realizó la prueba de embarazo cualitativa que determinó positivo que nos reorienta hacia un diagnóstico diferencial con la amenaza de aborto, pero gracias a la ecografía institucional realizada la mañana del día siguiente del ingreso de la paciente en la que se evidencia una gestación ectópica la cual se corrobora con la HCG fracción beta cuantitativa (199562mUI/ml) se estableció el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico cornual.

Diagnóstico diferencial:

- Quiste anexial.
- Amenaza de aborto.

Diagnóstico definitivo:

- Embarazo ectópico cornual de +-8.5 semanas.

2.7. Conducta a seguir

Se realiza la respectiva valoración por especialistas en ginecología-obstetricia y medicina interna que indican el ingreso de la paciente a hospitalización para monitorización y preparación quirúrgica para laparotomía exploratoria.

Tras la notificación al equipo médico responsable comprendido por ginecólogo-obstetra, anesesiólogo, médico internista y personal de enfermería, se procede a la laparotomía exploratoria + salpingectomía parcial derecha.



La cirugía es realizada el día 25/10/2020 a las 20h55 por el diagnóstico de abdomen agudo + embarazo ectópico cornual derecho. *Descripción de procedimiento:* Siguiendo protocolos de cirugía segura; bajo normas de asepsia y antisepsia con anestesia raquídea se realiza incisión abdominal transversal. Diéresis por planos. Identificación, sección y ligadura de istmo de trompa uterina derecha con crómico 1. Revisión de cavidad abdominal. Con verificación de hemostasia y cuenta médico-quirúrgica completa. Síntesis por planos. Antisepsia final. Los hallazgos encontrados fueron: Buenos planos operatorios, embarazo ectópico en cuerno derecho no roto de 3x3 cm. Útero remitente de 10x8cm aproximadamente. Ovarios macroscópicamente normales. Focos endometriósicos en trompa y ovario derecho. Sangrado escaso. Histopatológico: pendiente. Cuenta de material blanco e instrumental: completo.

Diagnostico Postoperatorio: Abdomen Agudo por Embarazo Ectópico Tubárico derecho.

2.8. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema, considerando valores normales

En pacientes con vida sexual activa y falta de uso de métodos de planificación familiar asociado a un bajo nivel socioeconómico es muy frecuente evidenciar retraso en la detección de la gestación, debido a que generalmente cursan con amenorrea y luego con hemorragias en el primer trimestre. La falta de seguimiento desde el primer nivel de atención y el desconocimiento de las señales de alarma por parte de la gestante retrasa la identificación oportuna de morbilidades en el primer trimestre de embarazo que puedan conllevar a una muerte materna evitable en el 90% de los casos (MSP, 2020).

Cuando se diagnostica esta patología se requiere de varias especialidades y no solo de ginecología, por eso cabe destacar la colaboración del personal de salud en el seguimiento de estos casos que comprometen la vida de la mujer.



2.9. Seguimiento

Se detallan los principales hallazgos encontrados durante la evolución clínica de la paciente luego de la intervención quirúrgica realizada por abdomen agudo por embarazo ectópico cornual derecho.

Fecha: 26/10/2021	Servicio: Ginecología y Obstetricia
<p>Paciente de 24 años de edad con antecedentes obstétricos de G2 P1 A1 (ectópico) cursa con 6 horas de puerperio quirúrgico inmediato por embarazo ectópico cornual derecho no roto. Al pase de visita paciente se encuentra hemodinámicamente estable, orientada en tiempo, espacio y persona que colabora al interrogatorio.</p> <p>Al examen físico: fascia pálida, mucosas semihúmedas, cuello sin masas palpables, tórax simétrico CSPA ventilados, RSCS rítmicos, abdomen doloroso a la palpación con herida quirúrgica limpia sin salida de material sanguíneo-purulento, no muestra signos de infección, en proceso de cicatrización, área vaginal: loquios hemáticos escasos, extremidades inferiores sin edema.</p> <p>Diuresis medida por sonda: 300 ml líquido claro.</p>	<p style="text-align: center;">Indicaciones Médicas</p> <p style="text-align: center;">Medidas generales</p> <ul style="list-style-type: none">• Mantener decúbito dorsal por 6 horas.• Dieta absoluta por 6 horas luego líquida y posteriormente blanda a tolerancia.• Cuidados propios de enfermería.• Control de signos vitales.• Vigilar sangrado vaginal.• Limpieza y cuidados en herida operatoria.• Aseo vulvo-perineal.• Brindar asesoría en planificación familiar.• Comunicar novedades. <p style="text-align: center;">Medicamentos y Fluidos</p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml pasar a 40 gotas por minutos.• Hidratación Parenteral: 1000cc de solución Cloruro de Sodio al 0.9% pasar Intravenoso a 125cc/hora



	<ul style="list-style-type: none">• Cefazolina 1000mg IV cada 6 horas.• Paracetamol 1000mg IV cada 8 horas.• Cloruro de sodio 1000 ml al 0.9% IV. Pasar a 30 gotas por minuto• Cefazolina 1 gr IV. Cada 6 horas• Paracetamol 1 gr IV. Cada 8 horas
Fecha: 27/10/2021	Servicio: Ginecología y Obstetricia
<p>Paciente de 24 años de edad con antecedentes gineco-obstétricos de gestas 2, partos 1, cesárea 0, aborto 1 (ectópico) cursa con 24 horas de hospitalización post quirúrgica por diagnóstico de embarazo ectópico. Al momento de visita paciente, niega sintomatología general, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio, hemodinámicamente estable, al examen físico: abdomen blando ligeramente doloroso, útero intrapélvico, loquios hemáticos escasos, diuresis por sonda, flatos presentes.</p> <p><i>Signos vitales:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• P/A: 121/75 mmHg• FC: 100 lpm• FR: 20 rpm• Sat O2: 99%• Temperatura: 36.6 °C• Estado de conciencia: alerta• Proteinuria: negativa <p>Exámenes de laboratorio del 27/10/20</p>	<p style="text-align: center;">Indicaciones Médicas</p> <p>Medidas Generales</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuidados de enfermería.• Control de signos vitales.• Aseo y baño diario.• Curación de herida postquirúrgica.• Control de sangrado transvaginal.• Control de diuresis por sonda.• Comunicar cualquier novedad al médico de guardia. <p>Medicamentos y Fluidos</p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio 0.9%1000 ml pasar a 40 gotas por minutos.• Hidratación Parenteral: 1000cc de solución Cloruro de Sodio al 0.9% pasar Intravenoso a 125cc/hora• Cefazolina 1000mg IV cada 6 horas.• Paracetamol 1000mg IV cada 8



<ul style="list-style-type: none">• Leucocitos 9.24• Basófilos % 0.4%• Neutrófilos % * 74.6 %• Eosinófilos % 3.3• Linfocitos % * 17.3%• Monocitos % 4.4%• Hematíes: 3.82• Hemoglobina * 8.90• Hematocrito * 29.0 %• MCV * 76.0 fl• MCH * 23.3 pg• MCHC * 30.7 %• Plaquetas * 518• Volumen plaquetario medio: 7.5• TPT 24.40 seg.• TP 14.2 seg.• Grupo sanguíneo A(+)• VDRL no reactivo• HIV 1 + 2 no reactivo	<p>horas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio 1000 ml al 0.9% IV. Pasar a 30 gotas por minuto.• Cefazolina 1 gr IV. Cada 6 horas.• Paracetamol 1 gr IV. Cada 8 horas.
Fecha: 27/10/2021	Servicio: Ginecología y Obstetricia
NOTA DE ALTA MÉDICA <p>Paciente de 24 años de edad, cursa con 48 horas de postquirúrgico por embarazo ectópico cornual derecho no roto. Al momento paciente cursa con mejoría clínica favorable. Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona colaboradora con el interrogatorio. Signos vitales dentro de parámetros normales, Escala de Glasgow 15/15.</p>	Indicaciones Médicas Medidas Generales <ul style="list-style-type: none">• Control de salud en primer nivel a los 7 días.• Orientación sobre signos de alarma y números de emergencia.• Orientación nutricional.• Asesoría sobre planificación familiar.• Higiene diaria.



<p>Al examen físico: fascie tranquila, mucosas orales semihúmedas, cuello sin masas palpables, tórax simétrico CSPS ventilados RSCS rítmicos, abdomen blando, no doloroso a la palpación, herida quirúrgica en buen estado, sin signos de inflamación, loquios hemáticos escasos, extremidades inferiores sin edema. Debido a evolución favorable de la paciente, se tramita alta con referencia en 7 días a su unidad de atención primaria.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados de herida quirúrgica.• Retirar sonda. <p style="text-align: center;">Medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina 500mg vía oral cada 8 horas por 5 días.• Paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas por 3 días.• Sulfato ferroso 50mg vía oral cada 12 horas por 30 días.
--	---

Fuente: Expediente clínico del Hospital General Leon Becerra

Elaborado por: Gyssi García Villegas



3. DISCUSIÓN

En este apartado se realizó una búsqueda exhaustiva sobre el manejo obstétrico del embarazo ectópico a nivel internacional y nacional; a continuación se exponen los estudios o casos de mayor relevancia para la investigación:

Bravo E. et al. (2019) reportaron un caso clínico de embarazo ectópico tubárico bilateral en el Hospital Carlos Van Buren en Valparaíso-Chile; este diagnóstico lo realizaron a través de los resultados ecográficos por vía transvaginal y los valores de Beta HCG plasmática; los cuales fueron de ayuda para el abordaje y manejo terapéutico de la gestación ectópica. La intervención realizada fue una laparotomía con diagnóstico de abdomen agudo; esta conducta obstétrica de este informe guarda relación con la presente exposición del caso clínico.

Serrano M. (2020) realizó un estudio en Madrid sobre una de las complicaciones asociadas al embarazo ectópico que corresponde al shock hipovolémico, la autora destaca la importancia de que las mujeres reconozcan de forma precoz algunos signos de alarma y que en los distintos niveles de atención se conozca el manejo o la conducta que se debe seguir frente a un embarazo ectópico para que se realice una referencia o derivación al nivel correspondiente.

Galarza (2017) de Ambato-Ecuador realizó un análisis clínico sobre el embarazo ectópico anembrionado post ligadura, en el que destacó que el manejo multidisciplinario del embarazo ectópico permite resultados más efectivos, el personal de salud debe estar capacitado sobre los lineamientos y protocolos y protocolos de tratamiento y manejo del embarazo ectópico

En nuestro país, al igual que en Latinoamérica el manejo del embarazo ectópico independiente de su ubicación y severidad se realiza por la vía laparoscópica/laparotomía.



4. OBSERVACIONES

Se revisaron diversas fuentes de la comunidad médica científica con la finalidad de comprender todos los aspectos relacionados al reconocimiento del cuadro clínico, el seguimiento, las opciones de tratamiento y manejo de esta afección considerada como una emergencia obstétrica.

En el presente caso clínico se destaca el trabajo en conjunto de los profesionales de salud para una valoración adecuada y el manejo acertado; además del seguimiento diario de pacientes hospitalizadas por embarazo ectópico con la finalidad de disminuir las complicaciones maternas asociadas a esta patología.

Es necesario realizar jornadas de educación médica o capacitaciones continuas que le permitan al profesional de salud optar por decisiones que favorezcan el manejo óptimo de las pacientes con este tipo de cuadro clínico, debido a que en los establecimientos de primer nivel de atención, una detección oportuna permitirá referir precozmente la sospecha o confirmación de embarazos ectópicos para un manejo especializado.

Se enfatiza la disminución de las cifras de embarazos incipientes desde el primer nivel de salud a través de la promoción de la salud sexual y reproductiva a toda pacientes que empiece su vida sexual activa, fomentando la importancia de la planificación familiar y los controles prenatales desde el inicio del embarazo.



5. CONCLUSIONES

- El embarazo ectópico es una complicación obstétrica frecuente en mujeres de edad reproductiva con mayor prevalencia en la segunda década de vida. Representa una causa de mortalidad materna cuando su diagnóstico es tardío y cursa con sepsis o hemorragia que compromete el estado de salud materno.
- La participación de un equipo de salud multidisciplinario (obstetras, ginecólogos, imageneólogos e intensivistas) será esencial para una evaluación integral de la paciente con esta condición, para iniciar con las medidas correctivas eficaces.
- Es importante destacar que el diagnóstico a través del cuadro clínico es la herramienta principal para cualquier emergencia obstétrica por lo que debe realizarse un interrogatorio organizado y registrarse de manera ordenada.
- Se debe educar a la paciente que presentó un embarazo ectópico, que la presencia de este cuadro no significa su obligatoria reincidencia, pero para evitar cualquier complicación obstétrica es necesario el control ginecológico y preconcepcional para modificar los factores de riesgo de mayor asociación con la patología de estudio.



6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG. (2019). *Embarazo ectópico*. American College of Obstetricians and Gynecologists. file:///C:/Users/PC/Desktop/Downloads/13106416.pdf
- Bouyer, J. (2017). *Embarazo extrauterino o ectópico*. Elsevier Masson. <https://www.em-consulte.com/es/article/1130683/embarazo-ectopico>
- Cabanilla, A. (2017). *Comparación del manejo conservador versus resolución quirúrgica en el tratamiento de embarazo ectópico tubárico* [Universidad Técnica de Machala]. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/11853>
- Caraguay, J. (2017). *Embarazo ectópico en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Provincial Docente de Riobamba* [Escuela Superior Politécnica de Chimborazo]. <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3437/1/94T00100.pdf>
- Cuero, O. (2018). Descripción del embarazo ectópico en el Hospital San Juan de Dios de Cali. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 59(4), 6.
- Espinoza, P., & Zamboni, M. (2020). Update of the confrontation and management of tubal ectopic pregnancy. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 89(7), 12.
- Espinoza, S., & Pizarro, G. (2021). *Generalidades del embarazo ectópico* (Generalidades del embarazo ectópico, p. 8). *Revista medica sinergia*. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670>
- Fernández, C. (2020). El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(1), 11.
- FIGO. (2017). *Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura*. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n3/0717-7526-rchog-82-03-0338.pdf>
- Galarza, B. (2019). *Embarazo ectópico y su prevalencia en el área de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Santa Cecilia* [Universidad San Francisco de Quito]. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/762/1/99455.pdf>
- Gómez, F. (2016). Embarazo ectópico ovárico: Reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(4), 6.




- Huixian, H., Sandoval, J., & Vargas, J. (2018). Embarazo ectópico: En el manejo médico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina U*, 23(36), 9.
- León, G. (2019). *Prevalencia y factores predisponentes para la aparición de embarazo ectópico* [Universidad Estatal de Milagro]. <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4547>
- Mamani, A. (2018). *Factores de riesgo asociados al embarazo ectopico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017- Puno* [Universidad Nacional del Altiplano]. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani_Barboza_Alfredo_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martína, J. (2017). Gestación ectópica: Evolución diagnóstica y terapéutica en la última década. *Elsevier*, 35(9), 9.
- Martínez, R., & Leila, L. (2018). Embarazo ectópico cervical: Diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. Reporte de caso. *Pontificia Universidad Javeriana*, 59(1), 12.
- Matos, H., & Rodríguez, O. (2018). Caracterización de embarazo ectópico. *Editorial Ciencias Médicas: CPICM Guantánamo*, 97(6), 11.
- Medicina Fetal Barcelona. (2017). *Gestación ectópica tubárica y no tubárica*. Medicina Fetal Barcelona. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/gestaci%C3%B3n%20ect%C3%B3pica.pdf>
- Morales, C. (2018). *Características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Vicente Corral Moscoso* [Universidad de Cuenca]. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20237/1/TESIS.pdf>
- MSP. (2020). *Ministerio de Salud Pública. Mortalidad evitable. Gaceta de Muerte Materna*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/Gaceta-SE-1-MM_2019.pdf
- Palacios, L. (2018). *Características clínicas, epidemiológicas y tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico* [Universidad de San Carlos de Guatemala]. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10916.pdf
- Palomino, W. (2018). *Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de*



- Vitarte [Universidad Ricardo Palma].
https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1412/WZPALOMINO_Z.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reyna, E. (2016). Embarazo ectópico crónico. *Instituto de Inmunología Clínica*, 39(6), 6.
- Rivera, C., & Díaz, V. (2020). Actualización del enfrentamiento y manejo de localizaciones poco frecuentes del embarazo ectópico. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(6), 7.
- Sá, A., & García, A. (2016). Embarazo ectópico abdominal. Dificultad en el diagnóstico. A propósito de un caso. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 76(3), 9.
- Salavarría, L. (2018). *Embarazo ectópico*. Sefertilidad.
<https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/embarazoEctopico.pdf>
- Tapia, M., & Méndez, H. (2017). Embarazo ectópico ovárico: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista AVF*, 19(5), 4.
- Vara, C. (2017). *Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, en pacientes que acuden al servicio de emergencia, de gineco – obstetricia del Hospital Il-2 Santa Rosa* [Universidad César Vallejo].
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11065/vara_ac.pdf?sequence=1
- Vega, J. (2016). *Embarazo ectópico en el Hospital Regional Docente Materno-Infantil «El Carmen»*. Universidad Nacional del Centro del Perú.
http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/612/TMH_09.pdf?sequence=1&isAllowed=y



7. ANEXOS



NOBOA
LABORATORIO CLÍNICO

LABORATORIO CLÍNICO NOBOA
 MILAGRO: AV. TORRES CAUSANA Y CHIRIGUAYA.
 FRENTE AL CENTRO MÉDICO VACA.

HORARIO DE ATENCIÓN:
 LUNES A VIERNES: 07H00 A 17H00
 SÁBADOS: 07H00 A 18H00

CELULAR: 098 070 2588
 TOMA DE MUESTRA A DOMICILIO
 SIN COSTO ADICIONAL

Médico solicitante:
Fecha: 25 de Octubre de 2020

Paciente: Emineila Arteaga.
Edad: 24 años

RESULTADO DE EXÁMENES

ANÁLISIS DE SANGRE

HCG CUANTITATIVA 199.562 mIU/ml

Valor referencial

Hasta 3 Hombres
 hasta 25 mujeres no embarazada

30 - 150	1 - 2 semana
100 - 4.800	2 - 3 semanas
1.000 - 32.000	3 - 4 semanas
2.500 - 82.000	4 - 5 semanas
23.000 - 151.000	5 - 6 semanas
27.000 - 233.000	6 - 7 semanas
20.000 - 291.000	7 - 11 semanas
6.100 - 103.000	1 - 16 semanas
4.700 - 85.000	6 - 21 semanas
2.700 - 81.000	21 - 40 semanas

RUC: 0913823894001
L. Md. Johny Noboa Vera
LABORATORISTA CLÍNICO
 Av. Torres Causana y Chiriguaya.....
 Celular: Firma Responsable

Página | 1

Anexo I: Resultados de laboratorio BHCG CUANTITATIVA

HOSPITAL GENERAL DR. LEON BECERRA CANA URB. DEPARTAMENTO DE ECOGRAFIA

INTENSO

LA PACIENTE ARTEAGA CHARLENT FEMINEILA CC V.25.862.272 ACUDE AL SERVICIO DE ECOGRAFIA EL DIA 23 DE OCTUBRE DEL 2020.

ECO TRANSVAGINAL

UTERO ANTERIOR DE ASPECTO TAMANO Y TEXTURA HABITUAL.

CAVIDAD ENDOMETRIAL DISTENDIDA, MIDE 16 MM, PRESENCIA DE IMAGEN SEDUCO SACULAR EN SU INTERIOR, MIDE 5.2 MM, NO SE OBSERVA POLO EMBRIONARIO NI VESICULA VILLOSA.

CERVIX DE CANAL Y ORIFICIOS CERRADOS.

FOLICULO DE TIPO CUERPO LUTO EN OVARIO IZQUIERDO, (ADECUADA VASCULARIDAD), OVARIO DERECHO CON VOLUMEN DE 3.0 CC, INCIDENTALMENTE SE OBSERVA LESION NODULAR HETEROGENA (SOLIDA / QUISTICA), MARESIONA DEPENDER DEL SALPINX DERECHO, EN UNION CON CUERNO IPSILATERAL (ZONA INTERSTICIAL), MIDE 2.9 X 2.1 X 2.2 CM, VOLUMEN DE 3.12 CC, DEMUESTRA VASCULARIDAD CENTRAL Y PERIFERICA.

NO LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD.

DIG: CONSIDERE GESTACION ECTOPICA | ZONA INTERSTICIAL SALPINX DERECHO Y CORRELACIONE CON BHEG CUANTITATIVA.

DR. ERNESTO SANCHEZ SALAZAR.
ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGIA



Anexo II: Informe ecográfico



Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL
"DR. LEÓN BECERRA CAMACHO"

APELLIDO PATERNO Arteaga	APELLIDO MATERNO Charlamente	NOMBRES Emineila Bettriz	Nº DE HISTORIA CLÍNICA V25862272
SERVICIO Gineco Obstetricia		SALA	CAMA Nº

DIAGNÓSTICOS	OPERACIÓN
Pre-operatorio Embarazo ectópico	PROYECTADA Embarazo ectópico
Post-operatorio Embarazo ectópico ístmico	ELECTIVA <input type="checkbox"/> EMERGENCIA <input checked="" type="checkbox"/> PALIATIVA <input type="checkbox"/>
	REALIZADA Embarazo ectópico ístmico

EQUIPO OPERATORIO

CIRUJANO Dr. Javier Rosales	INSTRUMENTISTA		
Primer ayudante IRM Diana Cando	Circulante		
Segundo ayudante Licenciada Lorena Zolozzo	Anestesiólogo Shirley Espinoza		
Tercer ayudante	Ayudante de Anestesia		
Fecha de Operación	Hora de Inicio	Hora de Terminación	Tipo de Anestesia
DÍA MES AÑO 25 10 2020	20:55	21:45	Ragúdea

TIEMPOS QUIRÚRGICOS

DIÉRESIS Piel - tejido celular subcutáneo - aponeurosis - músculo
peritoneo parietal

EXPOSICIÓN Cuidado abdominal

EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS
Bueno plano operatorio
Embarazo ectópico en cuerno derecho
Útero resistente de 18x8cm aproximadamente
Ovario maceráticamente normal. Pólv. endometrial en trompa y
Ovario derecho. Sangrado escaso.

PROCEDIMIENTO OPERATORIO Siguiendo protocolo de cirugía limpia bajo comando de
aépsia y antiséptica en anestesia general. Se realiza
incisión cuádrupla transversal. Diéresis por planos. Hallazgo
como descrito, identificación, ligadura y resección de ístmico de
trompa uterina derecha con carrico y preservación del cuádruplo
abdominal con verificación de hemostasia y curado médico
quirúrgico completo. Síntesis por planos. Antisepsia final.



SÍNTESIS

Cromio 1: trompa, vena uterina, t. celular subcutáneo.
Cromio 0: peritoneo parietal, músculo, t. celular subcutáneo
Ae de poliquístico 1: aponeurosis
Nylon 2-0: Piel

COMPLICACIONES DEL ACTO QUIRÚRGICO

Ninguna

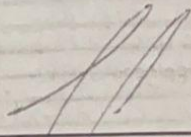
EXÁMEN HISTOPATOLÓGICO

SI NO

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

Pendiente resultados

DICTADA POR: Dr. Javier Rosales			
FECHA DEL DICTADO			
HORA	DÍA	MES	AÑO
22:40	25	10	2020
ESCRITA POR: Inlma Diana Condo			


Firma y Nombre del Cirujano

Anexo III: Parte operatorio



Anexo IV: Embarazo ectópico cornual