



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD**

**CARRERA DE OBSTETRICIA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICO DEL EXÁMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**

**“CONDUCTA OBSTÉTRICA A SEGUIR EN EMBARAZO ECTÓPICO, CON SIGNOS  
DE SHOCK, PRESENTE EN PACIENTE DE 23 AÑOS EN EL HOSPITAL LIBORIO  
PANCHANA SOTOMAYOR EN EL AÑO 2024.”**

**AUTOR**

**PULECIO RIVADENEIRA STEPHANIE**

**TUTOR**

**OBST. MERCY MORAN GUERRERO. MSC.**

**BABAHOYO- LOS RÍOS- ECUADOR**

**JUNIO – AGOSTO 2024**


## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo al Creador por quién hago eje en que es el responsable por el cual estoy cumpliendo un sueño más, dedicarle este logro a mi querida madre, como una forma de compensar su inmenso apoyo, por su ayuda económica y moral, a mis estimados docentes y compañeros que me brindaron su ayuda en este proceso de formación académica, al igual que un crecimiento personal.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a la Institución Universitaria Técnica de Babahoyo y al Hospital General Liborio panchana Sotomayor, quienes me abrieron la puerta del conocimiento que he adquirido en el transcurso de este tiempo, agradecer por la contribución enriquecedora de experiencias, que hoy me permiten establecer como estudiante, al igual agradecerle al Dr. Lumona Etoko Jim y a la tutora Obst. Moran Guerrero Mercy, por brindarme su extremo apoyo a lo largo de este proyecto de enseñanza.

## Informe final del sistema Anti-plagio



**CERTIFICADO DE ANÁLISIS**  
magister

# CASO\_CLINICO\_PULECIO\_RIVADENEIRA\_STEPHANIE

**8%**  
Textos sospechosos


- 8% Similitudes
  - 0% similitudes entre comillas
  - 0% entre las fuentes mencionadas
- 3% Idiomas no reconocidos (ignorado)
- 0% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: CASO\_CLINICO\_PULECIO\_RIVADENEIRA\_STEPHANIE.docx  
ID del documento: 3c8d118ae33a6391293e00e980997a38011a7b9b  
Tamaño del documento original: 46,52 kB






Depositante: MERCY YESLIN MORAN GUERRERO  
Fecha de depósito: 12/8/2024  
Tipo de carga: interface  
fecha de fin de análisis: 12/8/2024

Número de palabras: 3645  
Número de caracteres: 23.538





Ubicación de las similitudes en el documento:



### Fuentes principales detectadas



N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<a href="http://dspace.utb.edu.ec">dspace.utb.edu.ec</a> <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/A49000/9392/E-UTB-FCS-OBST-000255.pdf?sequence=1">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/A49000/9392/E-UTB-FCS-OBST-000255.pdf?sequence=1</a> 1 fuente similar	3%		Palabras idénticas: 3% (99 palabras)
2	<a href="http://scielo.sld.cu">scielo.sld.cu</a>   El embarazo ectópico se incrementa en el mundo <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0136-600X2011000100010">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0136-600X2011000100010</a> 2 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (78 palabras)
3	<a href="http://revistasanitaria.deinvestigacion.com">revistasanitaria.deinvestigacion.com</a>   Caso clínico. Shock hipovolémico <a href="https://revistasanitaria.deinvestigacion.com/caso-clinico-shock-hipovolémico/">https://revistasanitaria.deinvestigacion.com/caso-clinico-shock-hipovolémico/</a>	2%		Palabras idénticas: 2% (65 palabras)
4	<a href="http://www.scielo.cl">www.scielo.cl</a> <a href="http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v17n1-75/v17n1-75-rchog-85-96-06-97.pdf">http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v17n1-75/v17n1-75-rchog-85-96-06-97.pdf</a> 2 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (51 palabras)
5	<a href="http://repositorio.unic.edu.pe">repositorio.unic.edu.pe</a> <a href="http://repositorio.unic.edu.pe/bitstream/20.500.14140/2447/1/b18_s2_HK13_2015.pdf">http://repositorio.unic.edu.pe/bitstream/20.500.14140/2447/1/b18_s2_HK13_2015.pdf</a>	1%		Palabras idénticas: 1% (44 palabras)


### Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<a href="http://dspace.utb.edu.ec">dspace.utb.edu.ec</a> <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/A49000/9392/E-UTB-FCS-OBST-000227.pdf.txt">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/A49000/9392/E-UTB-FCS-OBST-000227.pdf.txt</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (24 palabras)
2	<a href="http://repositorio.unica.edu.ni">repositorio.unica.edu.ni</a>   Factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres en ... <a href="https://repositorio.unica.edu.ni/140/">https://repositorio.unica.edu.ni/140/</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (17 palabras)
3	<a href="http://dspace.utb.edu.ec">dspace.utb.edu.ec</a> <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/A49000/116083/E-UTB-FCS-OBST-000305.pdf.txt">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/A49000/116083/E-UTB-FCS-OBST-000305.pdf.txt</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (18 palabras)
4	<a href="http://repositorio.uroosevelt.edu.pe">repositorio.uroosevelt.edu.pe</a> <a href="http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/20.500.14140/2161/7/tesis%20final%20LESIV-FABIOIA.pdf">http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/20.500.14140/2161/7/tesis final LESIV-FABIOIA.pdf</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (14 palabras)

### Fuentes ignoradas

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

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<a href="http://1library.co">1library.co</a>   Caso Clínico Shock Hipovolémico Obstétrico <a href="https://1library.co/document/96n4dyv-caso-clinico-shock-hipovolémico-obstetrico.html">https://1library.co/document/96n4dyv-caso-clinico-shock-hipovolémico-obstetrico.html</a>	5%		Palabras idénticas: 5% (164 palabras)
2	<a href="http://dspace.utb.edu.ec">dspace.utb.edu.ec</a> <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/A49000/9392/E-UTB-FCS-OBST-000255.pdf.txt">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/A49000/9392/E-UTB-FCS-OBST-000255.pdf.txt</a>	4%		Palabras idénticas: 4% (128 palabras)



Ver más detalles del análisis por:  
**MERCY YESLIN MORAN GUERRERO**

**TEMA:**

“CONDUCTA OBSTÉTRICA A SEGUIR EN EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO ROTO, CON SIGNOS DE SHOCK PRESENTE EN PACIENTE DE 23 AÑOS EN EL HOSPITAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR EN EL AÑO 2024.”

## RESUMEN

El embarazo ectópico proviene del griego “Ektopos” que significa fuera del lugar, por lo que se le define como la implantación del blastocisto fuera del revestimiento del endometrio, lo que representa una emergencia obstétrica que pone en riesgo la vida de la mujer, durante el primer trimestre de gestación, el sitio de mayor frecuencia de esta patología se da en la zona tubaria en un 95%. Según los últimos datos registrados, el EE representa el 3.2% de causas de muerte materna en el Ecuador. Se presenta una paciente de 23 años de edad con diagnóstico de EE tubárico roto más signos de shock. El objetivo descrito del caso clínico es analizar la conducta obstétrica a seguir en el manejo del EE roto con signos de shock presente en una paciente de 23 años en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor en el año 2024. Dentro del marco metodológico este caso clínico se presenta de manera descriptiva, documental y analítica, la técnica de estudio empleada es la revisión documental de archivos médicos. Dando como resultado que el EE puede llevar a una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Se concluye que la conducta obstétrica a seguir en el manejo de un embarazo ectópico tubárico roto con signos de shock en una emergencia se puede prevenir, si se diagnostica de manera oportuna a través de la correlación entre el cuadro clínico y exámenes complementarios.

**Palabras clave:** Embarazo, Shock, Intersticial, Hemoperitoneo

## **ABSTRACT**

Ectopic pregnancy comes from the Greek 'Ektopos', meaning out of place, and is defined as the implantation of the blastocyst outside the lining of the endometrium, representing an obstetric emergency that puts the woman's life at risk. During the first trimester of pregnancy, the most common site for this pathology occurs in the tubal area in 95% of cases. According to the latest recorded data, ectopic pregnancy accounts for 3.2% of maternal mortality causes in Ecuador. A 23-year-old patient is presented with a diagnosis of ruptured tubal ectopic pregnancy and signs of shock. The objective described in this clinical case is to analyze the obstetric management to follow in the management of a ruptured ectopic pregnancy with signs of shock in a 23-year-old patient at Liborio Panchana Sotomayor Hospital in 2024. Within the methodological framework, this clinical case is presented descriptively, documentarily, and analytically, and the study technique employed is the documentary review of medical files. The result indicates that ectopic pregnancy can lead to a high rate of morbidity and mortality. It concludes that the obstetric management of a ruptured tubal ectopic pregnancy with signs of shock in an emergency can be prevented if diagnosed promptly through the correlation between the clinical picture and complementary examinations.

**Keywords:** Pregnancy, Shock, Interstitial, Hemoperitoneum.

## INDICE

RESUMEN .....	6
I. INTRODUCCIÓN .....	9
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
III. JUSTIFICACIÓN .....	12
IV. OBJETIVOS .....	13
Objetivo General .....	13
Objetivos específicos.....	13
V. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....	14
VI. MARCO CONCEPTUAL .....	15
MARCO TEÓRICO.....	15
ANTECEDENTES .....	15
BASES TEÓRICAS.....	16
Tabla1: Tipos de embarazo ectópico según su localización.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 2. Factores de Riesgo de Embarazo Ectópico.....	18
CASO CLÍNICO.....	23
<i>Tabla 3. Exámenes de laboratorio.....</i>	24
VII. MARCO METODOLÓGICO.....	32
VIII. RESULTADOS .....	34
IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	35
X. CONCLUSIONES: .....	36
XI. RECOMENDACIONES .....	37
ANEXOS.....	41



**INDICE DE TABLAS**

Tabla 1: Tipos de embarazo ectópico según su localización.....	17
Tabla 2: Factores de Riesgo de Embarazo Ectópico. ....	18
Tabla 3: Exámenes de laboratorio .....	24

## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) proveniente del griego “Ektopos”, cuyo significado es fuera del lugar por lo que se le define como la implantación del blastocisto fuera del revestimiento del endometrio. El desarrollo del embarazo fuera de la cavidad uterina representa una emergencia obstétrica que pone en riesgo la vida de la mujer, durante el primer trimestre de gestación.

A nivel mundial el número de casos en el que se presenta corresponde a un 12%, mientras que, en Ecuador, según datos de la gaceta epidemiológica de muertes maternas en el año 2022 se registraron un 3.2% de muertes maternas a causa de EE. (Gaceta-MM-, 2022).

El sitio en el que se presenta con mayor frecuencia un EE corresponde a las trompas de falopio en un 95%, de las cuales el 70% es en la zona ampular, seguido del istmo en un 12%, continuando con la fimbria en un 11%, por lo que en menor prevalencia se da en la zona cornual o intersticial en un 3%. (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2019). La sintomatología se presenta con amenorrea, sangrado transvaginal acompañado de dolor abdominal, sin embargo, se debe realizar exámenes complementarios que faciliten el correcto diagnóstico para una resolución oportuna.

Esta problemática resulta ser de alto peligro para la vida materna si no se realiza un adecuado diagnóstico y manejo, ya que una ruptura del mismo lleva a una hemorragia masiva provocando un shock hipovolémico, caso del que se tratará en las páginas siguientes de este estudio.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Paciente femenina de 23 años, sin antecedentes patológicos personales relevantes, que acude a la emergencia del Hospital Liborio Panchana Sotomayor con un cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por dolor pélvico de moderada a gran intensidad, acompañado de sangrado transvaginal moderado y persistente desde hace 4 horas. Antecedentes gineco-obstétricos: Gesta 1, aborto 1 hace 3 años. Antecedentes quirúrgicos: niega. La paciente refiere haber acudido a un centro médico particular dos días antes, donde se le realizó una ecografía transvaginal que reportó restos ovulares y presencia de líquido en el fondo de saco de Douglas, recibiendo tratamiento con misoprostol.

Al ingreso, la paciente se encuentra hemodinámicamente inestable con signos de shock: frecuencia cardíaca de 111 lpm, presión arterial de 90/70 mmHg, frecuencia respiratoria de 22 rpm, temperatura de 37.3°C, y saturación de oxígeno de 93%. En la evaluación ecográfica se evidencia abundante cantidad de líquido libre en el fondo de saco y se confirma hemoperitoneo con una culdocentesis positiva.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

La alta incidencia del embarazo ectópico en la provincia de Santa Elena que tan solo en el año 2023 según la base de datos del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor este presentó un porcentaje significativo a nivel local del 25%, a nivel nacional el 3.2% de esta patología representa la causa de muerte materna, debido a aquello se subraya la necesidad de mejorar las prácticas diagnósticas y de manejo. Este caso clínico busca identificar oportunamente los signos y síntomas de un embarazo ectópico, una patología obstétrica crítica en el primer trimestre de gestación, para garantizar un manejo adecuado y reducir la morbilidad materna.

El embarazo ectópico accidentado se encuentra dentro de las complicaciones obstétricas, que a nivel mundial ocurre en un 12%. En contraste, con cifras del INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSO, (2022). Se registró un 1.6%, en el cual observamos un notable aumento, desde donde surge la necesidad de mejorar dichas prácticas diagnósticas.

## **IV. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Analizar la conducta obstétrica a seguir en el manejo de un embarazo ectópico tubárico roto con signos de shock, presente en una paciente de 23 años en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor en el año 2024.

### **Objetivos específicos**

- Identificar los antecedentes médicos y gineco-obstétricos de la paciente para identificar factores de riesgo y predisponentes para el embarazo ectópico.
- Describir los signos y síntomas clínicos que llevaron al diagnóstico de embarazo ectópico tubárico roto con signos de shock en la paciente.
- Evaluar los resultados del tratamiento y las intervenciones realizadas, así como las complicaciones y el pronóstico de la paciente.

## V. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

### **Dominio**

Salud y Bienestar

### **Línea de Investigación**

Salud Materna y Reproductiva

### **Sublínea de Investigación**

Manejo de Emergencias Obstétricas

El presente caso clínico se encuentra situado dentro del dominio de “Salud y Bienestar” en el cual se aborda como línea de investigación “Salud Materna y Reproductiva” llevando a centrar la sublínea de investigación “Manejo de Emergencias Obstétricas”, esta idea se identifica la conducta obstétrica a seguir en un embarazo ectópico con signos de choque, en paciente de 23 años de edad con diagnóstico de embarazo Tubárico.

Este aporta de manera educacional y científica entre otras formas infrecuentes de diagnóstico y manejo, siendo al final una guía homogénea para un futuro próximo.

## **VI. MARCO CONCEPTUAL**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **ANTECEDENTES**

En el caso clínico presentado (Crespo Hinojosa, 2022) con su trabajo titulado “Embarazo Ectópico Abdominal” (ECA), de una paciente de 36 años, la cual ingresó con cuadro clínico de abdomen agudo más embarazo de 20 semanas de gestación, teniendo como antecedente relevante embarazo ectópico hace tres años. En laboratorios de ingreso se evidencia anemia moderada tras pérdida sanguínea vaginal, en la resolución del caso se transfunde 4 paquetes globulares, adicional de 2 paquetes de plasma, además de ser intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones mediante laparotomía exploratoria, trabajo en el que se concluye que el ECA tiene poca casuística dentro del grupo de EC, sin embargo, se relaciona con una alta tasa de morbimortalidad del binomio, además de que su diagnóstico suele ser dificultoso.

Otro caso similar, es el de (Palenque Rocabado, 2023). Denominado “Embarazo ectópico tubárico bilateral simultáneo”, Donde describe a una paciente de 34 años con dx de embarazo de 8 semanas de gestación por fum, la cual presentó la clásica triada compuesta por: sangrado transvaginal, amenorrea y dolor en abdomen. Posterior a realizar un ultrasonido llegaron a la conclusión con imágenes sugestivas de Gestación ectópica anexial derecha, por lo cual realizaron una intervención quirúrgica, encontrándose en ambos anexos tumoraciones negruzcas, confirmándose en el servicio de patología un embarazo ectópico tubárico bilateral simultáneo.

Por otra parte (Ayala Ayala, 2018), en su trabajo académico de caso clínico denominado “Shock Hipovolémico Obstétrico”, en el cual, a través de la revisión y análisis de una historia clínica, identificando los antecedentes obstétricos de una paciente que desarrolló una hemorragia de causa obstétrica dentro de la primera mitad del embarazo, por un EC complicado, el cual es considerado una emergencia médica que pone en riesgo la vida del paciente. Así mismo, el diagnóstico y tratamiento oportuno se realizó mediante las guías de manejo, por lo tanto, aplicaron los principios básicos en manejo del tiempo, la reposición de volúmenes, logrando evitar la progresión de formas severas de shock hipovolémico, evitando una muerte materna.

## **BASES TEÓRICAS**

### **Embarazo Ectópico (EE)**

El EE, una de las principales patologías del primer trimestre de la gestación, se define como la implantación del blastocisto fuera del revestimiento del endometrio. Patología que se encuentra clasificada según la literatura en ocho diferentes sitios de implantación. La revista médica de sinergia que trata de generalidades sobre el embarazo ectópico describe que el sitio de mayor frecuencia corresponde a la trompa de falopio con un 90%, lo que representa es a nivel ampular el 70%, por consiguiente, el istmo representa en un 12%, fimbria 11% y segmento intersticial 2%. (Espinoza Garita et al., 2021, 9). Por otra parte, la Ginecología de Williams señala que también se presenta a nivel cérvico uterino <15%, ovárico 3% y en casos extremadamente raros en la cicatriz de cesárea 1%, tanto cómo abdominal 1% (Hoffman, MD et al., 2014, 198).



## TIPOS DE EMBARAZOS ECTÓPICOS

Tabla 1: Tipos de embarazo ectópico según su localización

TIPOS DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU LOCALIZACIÓN		
EMBARAZO	DEFINICIÓN	PORCENTAJE
<b>ECTÓPICO</b>	Se presenta en las trompas de Falopio	95 - 96%
Tubárico	Se presenta en la zona cornual o intersticial	2-3%
Intersticial	Se presenta en la zona ístmica de la trompa de Falopio	12%
Ístmico	Se presenta en la zona o porción de la trompa de Falopio.	70%
Ampollar	Se presenta en la fimbria de la trompa de Falopio.	11%
Fimbrico	Este embarazo se presenta en el ovario (Anexo izquierdo	3%
Ovárico	o derecho)	-15%
Cervicouterino	Se presenta en la zona cervical.	-1%
Cicatriz de cesárea	Se presenta en la cicatriz de una cesárea previa.	1%
Abdominal	Este se presenta en la cavidad abdominal	

Nota: Elaboración propia. Fuente: (Hoffman, MD et al., 2014, 199)

## Etiología

De acuerdo con el artículo chileno de obstetricia y ginecología, se presentan varios factores de alto, intermedio y bajo grado.

**Tabla 2. Factores de Riesgo de Embarazo Ectópico.**

*Tabla 2: Factores de Riesgo de Embarazo Ectópico.*

<b>Grado de Riesgo</b>	<b>Factores de Riesgo</b>	<b>Odds Ratio</b>
Alto	Embarazo Ectópico previo	2.7 a 8.3
	Cirugía tubaria previa	2.1 a 21
	Patología tubaria previa	3.5 a 25
	Ligadura de trompas	5.2 a 19
	Uso de DIU - Pasado - Actual - DIU de Levonorgestrel	1.7 -4.2 a 16.4 -4.9
Moderado	Fertilización in vitro en embarazo actual	4.0 a 9.3
	Uso actual de Anticonceptivos orales con estrógeno/progestina	1.7 a 4.5
	Infección de transmisión sexual previa (Gonorrea, Clamidia)	2.8 a 3.7
	Proceso inflamatorio pélvico previo	2.5 a 3.4
	Exposición a DES en el útero	3.7
	Consumo de Tabaco - Pasado - Actual	1.5 a 2.5 -1.7 a 3.9
	Cirugía pélvica/abdominal previa	4.0
Leve	Aborto espontáneo previo	3.0
	Aborto inducido medicamento previo	2.8
	Infertilidad	2.1 a 2.7
	Edad > 40 años	2.9
	Uso de ducha vaginal	1.1 a 3.1
	Inicio precoz de la actividad coital (< 18 años)	1.6
	Apendicetomía previa	1.6

Fuente: (Rivera et al., 2020, 10)

### **Aborto inducido medicamento previo**

Aborto inducido se define como aquel que se efectúa bajo decisión propia de la gestante, las formas de interrupción del embarazo pueden ser médicas o quirúrgicas, bajo manejo farmacológico y con aspiración manual endouterina (AMEU). Dentro de los medicamentos ofertados, se hace uso de mifepristona y misoprostol dentro del primer trimestre, es decir hasta las 12 semanas. (Collado et al., 2022)

La revista Internacional de Reproducción, Anticoncepción, Obstetricia y Ginecología en su estudio sobre los factores de riesgo para desarrollar un EE, determinó que el legrado, con una frecuencia del 8.3%, así como el EE previo en un 6.7%, forman parte de los factores de riesgo en dicha problemática. (Uthpala & Gracelyn, 2022).

### **Consumo de tabaco**

La (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 2021) (OPS) establece que las mujeres que se encuentran en edad reproductiva y son consumidoras de tabaco tienen un riesgo potencialmente mayor de desarrollar EE, en contraste con aquellas que no, ya que afecta a la motilidad de los cilios.

En un estudio realizado por el Consejo de investigación Médica Británico indican que el tabaco modifica la producción del gen Bad (*Vínculo Entre Tabaco Y Embarazo Ectópico*, 2012), el cual según (Homo sapiens, (2024)) se encuentra “dentro de la familia BCL2 (reguladores de la apoptosis)” en las trompas de falopio, por lo que al reducir su creación aumenta el riesgo del mismo.

## **Fisiopatología**

Las causas de esta implantación fuera del sitio normal pueden deberse a factores tubáricos y ovulares que ocasionan: Retraso, desviación o imposibilidad de la migración del huevo. O anticipación de la capacidad de implantación del huevo.

En cualquiera de los casos, ocurre una endosalpingitis con disminución de los cilios, que compromete toda la estructura de la trompa, obstruyendo parcial o totalmente, con formación de adherencias a estructuras vecinas, cuya causa de mayor incidencia, es la infección por *Chlamidia trachomatis*, que se transmite por vía sexual de forma, y suele ser asintomática en un 30 %.

Según Schwarcz en su libro de obstetricia séptima edición del 2016, dentro de la fisiopatología se describen factores que pueden llevar a la aparición de embarazos ectópicos en las trompas de Falopio (A lo que conocemos como embarazo tubárico), se describen;

- Debido a procesos inflamatorios crónicos, como la salpingitis, pueden causar deformaciones, estrecheces u oclusiones en las trompas.
- Alteraciones congénitas, como divertículos, trompas atrésicas o hipoplásicas, que también pueden obstruir el paso del óvulo fecundado al útero.
- Alteraciones funcionales también pueden dar lugar al desarrollo de un embarazo tubárico, ya que las contracciones musculares estrechan la luz de ciertos sectores de la trompa e impiden el paso del huevo hacia el cuerpo del útero. Las discinesias, los espasmos, las contracciones antiperistálticas, etc., serían causantes de estas alteraciones.
- Otros factores; compresiones o adherencias externas debidas a procesos plásticos peritoneales, miomas, quistes ováricos y procedimientos médicos como plásticas en las trompas, ligamentopexias, insuflaciones e

histerosalpingografías, que son prácticas comunes en ginecología para tratar la esterilidad.

- Finalmente, las teorías ovulares, menos aceptadas por no tener demostración definitiva aún, admiten la posibilidad de que el huevo se implante en la trompa debido a que alcanza su capacidad para fijarse antes de llegar a la cavidad del útero (Schwarcz et al., 2005, 214).

### **Shock**

De acuerdo a la publicación de (Rodriguez, Cruz de los Santos, Rodriguez, Hernandez et al., 2006), el shock hipovolémico es un síndrome de etiología multifactorial pero que tiene en común la reducción del volumen sanguíneo. Está desencadenado por una inadecuada perfusión aguda sistémica debido a un desequilibrio entre demanda y oferta de oxígeno a los tejidos por aporte inadecuado o mala utilización a escala celular, que lleva a hipoxia tisular y a disfunción de órganos vitales determinado por una reducción del volumen sanguíneo circulante.

Dentro del presente caso clínico se describe, la clasificación de la hemorragia interna en diferentes categorías: Traumáticas: (como la rotura de vasos o vísceras macizas), complicaciones del embarazo (Embarazo ectópico).

### **Fisiopatología del shock**

Rodriguez, et al., (2006), Definen la lesión primaria inicial es la pérdida de volumen eficaz circulante. Es un proceso cíclico que una vez desencadenado genera una secuencia de fenómenos cada uno de los cuales afecta desfavorablemente al siguiente. El deterioro del flujo sanguíneo a órganos y tejidos vitales causa suministro insuficiente o distribución

inadecuada de oxígeno, responsable de las graves alteraciones que genera este estado de insuficiencia microcirculatoria.

En el EE según el trofoblasto, al proliferar, perfora la pared y los vasos de la trompa, lo que ocasiona la hemorragia de tipo grave, la sangre se vierte paulatinamente dentro de la cavidad peritoneal, almacenándose en el fondo de saco de Douglas formando acumulación de sangre en la cavidad vaginal (Schwarcz et al., 2005, p. 214).

En estos casos, el cuadro clínico de hemorragia y shock compromete la vida de la paciente, por ende, se convierte en una emergencia obstétrica que requiere oportuna intervención quirúrgica.

### **Signos y síntomas de shock en el embarazo ectópico**

#### **Síntomas:**

- Dolor Abdominal.
- Sangrado vaginal
- Amenorrea
- Vómitos

#### **Signos:**

- Hipotensión
- Palidez cutánea
- Anemia severa
- Shock Hemorrágico

Signos y síntomas descritos por (Murillo et al., 2021)

## CASO CLÍNICO

### Cuadro clínico

Paciente de 23 años, sin antecedentes patológicos personales, no alergias, hábitos tóxicos; Tabaquismo. Antecedentes patológicos familiares: abuelo paterno hipertensión arterial (+), antecedentes gineco obstétricos gestas 1 aborto 1 (hace 3 años (Inducido)) fecha de última de menstruación: 10/02/2024, con ciclos menstruales irregulares, y edad gestacional de +/- 8 sg. Método de planificación familiar: método de barrera.

Acude por referir cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por dolor pélvico de intensidad que fluctúa de moderada a gran intensidad, acompañado de moderado sangrado transvaginal desde hace 4 horas. Refiere que acudió hace dos días a centro médico particular para realización de ecografía transvaginal, que informa restos ovulares, y presencia de líquido en fondo de saco de douglas, por lo que medico particular indicó misoprostol 200 mcg vsl y 400 mcg vv. Acude el día de hoy con reporte y por persistencia de dolor abdominal localizado en hipogastrio de gran intensidad.

Al momento paciente alerta, afebril, hemodinámicamente inestable, facies pálidas, mucosas secas, orientada en tiempo, espacio. Signos Vitales: Fc: 111, P/A: 90/70, Fr: 22, t°: 37,3, sat 93. Score mamá 3.

Criterios near miss 0. Valorada por médico tratante, realiza rastreo ecográfico donde evidencia abundante cantidad de líquido libre en fondo de saco, realiza culdocentesis: positiva.

Se comunica a paciente y familiar sobre cuadro clínico actual, se prepara de forma oportuna para laparotomía exploratoria con diagnóstico presuntivo de abdomen agudo por EE.

## Examen de laboratorio

**Tabla 3. Exámenes de laboratorio**

*Tabla 3: Exámenes de laboratorio*

<b>BIOMETRÍA</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Valor</b>	<b>Unidad Factor</b>	<b>Valor Referencial</b>
GLOBULOS BLANCOS (WBC)	<b>7,17</b>	<b>10<sup>3</sup>/UL</b>	<b>4.50 - 11.00</b>
GLOBULOS ROJOS (RBC)	<b>4,28</b>	<b>10<sup>6</sup>/UL</b>	<b>4.50 - 5.00</b>
HEMOGLOBINA (HGB)	<b>7,0</b>	<b>g/dL</b>	<b>12.0 - 16.0</b>
HEMATOCRITO (HCT)	<b>27,0</b>	<b>%</b>	<b>37 - 54 %</b>
VOL. CORP. MEDIO (MCV)	<b>95,1</b>	<b>fL</b>	<b>80.0 - 100.0</b>
HEMO. CORP. MEDIO (MCH)	<b>22,0</b>	<b>pg</b>	<b>27.0 - 32.0</b>
CONC. HGB. CORP. MEDIO (MCHC)	<b>25,2</b>	<b>g/dL</b>	<b>31.0 - 37.0</b>
DIST. GB ROJOS - SD	<b>33,9</b>	<b>fL</b>	<b>37.0 - 51.0</b>
DIST. GB ROJOS - CV	<b>12,7</b>	<b>%</b>	<b>11.0 - 15.0</b>
PLAQUETAS	<b>140</b>	<b>10<sup>3</sup>/UL</b>	<b>150 - 450</b>
VOL. PLAQUET. MEDIO (MPV)	<b>8,8</b>	<b>fL</b>	<b>7.0 - 11.0</b>
RETICULOSITOS		<b>%</b>	<b>0.5 - 2.5</b>
<b>FÓRMULA LEUCOCITARIA</b>			
NEUTROFILO	<b>73,96</b>	<b>%</b>	<b>50.0 - 73.0</b>
LINFOCITO	<b>30,78</b>	<b>%</b>	<b>30.0 - 38.0</b>



MONOCITO	6,94	%	0.0 - 12.0
EOSINOFILO	2,07	%	0.0 - 3.0
BASOFILO	0,22	%	0.0 - 1.0

### GRUPO SANGUÍNEO

Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial
--------	-------	---------------	-------------------

GRUPO SANGUÍNEO A POSITIVO

### TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)

Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	14,2	seg	10.1-13.0 seg.

### TIEMPO DE SANGRÍA

Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial
TIEMPO DE SANGRÍA	-	min.	1 - 3 min.

### TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)

Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial
--------	-------	---------------	-------------------

TIEMPO DE 29,2 seg 20.1-27.6 seg.

TROMBOPLASTINA PARCIAL

(TTP)

**FACTOR RH**

Nombre	Valor	Unidad	Factor	Valor Referencial
FACTOR RH	A POSITIVO			

---

**Fuente:** Laboratorio clínico del hospital General Liborio Panchana

### Discusión de resultados

Dado del resultado de los exámenes de laboratorio, tomando en cuenta el cuadro clínico de la paciente, junto con antecedentes, así mismo efectuando estar dentro de la edad reproductiva, se muestra a continuación datos relevantes para el diagnóstico:

- Examen cualitativo de embarazo - positivo
- Biometría Hemática
- Glóbulos rojos (RBC)  $3.90 \cdot 10^6/\text{UL}$
- Hemoglobina 7 - Anemia severa que justifica la pérdida hemática
- Hematócrito (HCT) 27%

## **Reporte Ecográfico**

Rastreo ecográfico pélvico reporta: útero con bordes regulares, tamaño normal, no se observa gestación intrauterina.

Anexo izquierdo: trompa de Falopio en zona cornual se observa masa de aspecto heterogéneo y mal definido, sin vascularización que sugiere embarazo ectópico roto. Presencia de líquido libre en fondo de saco de Douglas y en la pelvis, con un volumen aproximado de 200cc.

## **CONDUCTA OBSTÉTRICA A SEGUIR**

Para la conducta obstétrica que se debe seguir, según Carvajal Cabrera (2023):

Ecografía TV

- Observar saco gestacional, saco vitelino o embrión en posición extrauterina.
- Masa hipoecogénica para-ovárica VPP 80% de EE.
- Pseudosaco gestacional.

Niveles de  $\beta$ -hCG

- Un valor aislado de  $\beta$ -hCG no debe ser usado para el diagnóstico de EE, debe correlacionarse con historia, síntomas y hallazgos ecográficos.
- El cálculo de la edad gestacional es el mejor determinante de visualización intrauterina en ecografía. Debe ser visible entre 5-6 semanas.
- En ausencia de EG, se podría utilizar el nivel de  $\beta$ -hCG.

### Niveles de discriminación de $\beta$ -hCG

- Niveles de  $\beta$ -hCG mayor a 3.500 mUI/ml, en ausencia de saco gestacional en ecografía, sugiere una gestación no viable. 50-70% podría corresponder a un EE.
- El concepto de nivel de discriminación debe ser usado como una suma diagnóstica en una mujer con factor de riesgo de embarazo ectópico.
- Usar niveles de  $\beta$ -hCG mayor a 3.500 mUI/ml para evitar errores diagnósticos e interrupción de un embarazo deseado.
- Tener presente que las mujeres con gestación múltiple tienen niveles más altos de  $\beta$ -hCG.

Se recomienda realizar curva de  $\beta$ -hCG

- Medición de  $\beta$ -hCG cada 2 días si la paciente está asintomática y clínicamente estable.
- Incrementos de  $\beta$ -hCG menor a lo esperado corresponden a:
  - < 49% con niveles iniciales < 1.500 mUI/ml
  - < 40% con niveles iniciales 1.500-3.000 mUI/ml
  - < 33% con niveles iniciales > 3.000 mUI/ml. (p. 632)

Una vez establecido y diagnosticado el EE, roto con signos de shock se continúa protocolo para tratamiento con especialista de ginecología para resolución inmediata.

### Tratamiento médico

Para proporcionar un tratamiento oportuno y adecuado es necesario realizar un correcto diagnóstico precoz. Formas de manejo:

- Expectante

La reabsorción del hematosalpinx y del trofoblasto se da en un 25% de los EE tubáricos, para este tipo de manejo se debe tomar en cuenta:

- **Indicaciones:** Mujer asintomática en la que no se constate rotura o complicación, además de que EE debe estar localizado en la zona tubaria, el tumor anexial debe medir  $\leq 4$  cm, por consiguiente, los valores de  $\beta$ -hCG deben encontrarse en descenso  $<200$  mUI/ml, por último, el seguimiento debe darse hasta que la  $\beta$ -HCG se encuentre negativa

- **Contraindicaciones:** Presencia de inestabilidad hemodinámica, por consiguiente, en presencia de dolor con hemoperitoneo  $> 300$ ml, valores de  $\beta$ HCG  $> 200$  mUI/ml y cuando haya dificultad para llevar a cabo seguimiento.

- Manejo post cirugía conservadora.

Se debe efectuar en casos de EE no complicados, así como en el manejo post cirugía conservadora. Según el manual de Obstetricia y Ginecología se da mediante el uso del metotrexato, con una tasa de éxito de 82 - 95%, sin embargo, este puede tener cierto porcentaje de falla, por ende tener que recurrir a una cirugía de emergencia.

- Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico se lleva a cabo cuando el caso de EE se encuentra complicado, el mismo que puede ser conservador o radical, mediante laparotomía.

- Tratamiento radical: Es en la que se realiza una salpingectomía, con un valor de éxito del 95%, está indicado en casos de paridad satisfecha, trompa contralateral sana, daño tubárico irremediable, pérdida sanguínea imparable con compromiso hemodinámico y en planificación de fecundación in vitro (FIV). (Carvajal & Barriga, 2019, p. 518)

### **Difusión farmacológica**

Tratamiento para reposición de volemia: 3 Unidades de Cloruro de sodio al 0.9% 1000ML, Pasar IV a 60 gotas por minuto + Transfusión de 2 paquetes de glóbulos rojos + 1 plasma.

Tratamiento profiláctico previo a Laparotomía: Cloruro de sodio al 0.9% 1000 ML más 300 mg de tramadol, + Cefazolina 2 gramos IV stat, luego 1 gramo IV cada 6 horas. + más 20 mg de metoclopramida a 30 gotas por minuto

Tratamiento en sala de hospitalización: Cloruro de sodio al 0.9% 1000 ML + Ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas + Cefazolina 1 gramo IV cada 6 horas

Tratamiento de alta: Cefalexina 500 mg cada 8 horas por 5 días + Paracetamol 500mg VO cada 6 horas por 4 días.



## VII. MARCO METODOLÓGICO

El caso clínico se presenta de manera descriptiva, documental y analítica. En cuanto a la técnica de estudio, se empleó la revisión documental de archivos médicos, con el objetivo de recopilar toda la información relevante para su desarrollo, se realizó una revisión exhaustiva de herramientas bibliográficas, que incluyeron guías de práctica clínica, tesis, libros, revistas indexadas en español e inglés, y revistas digitales, todas filtradas en los últimos cinco años (2019-2024). Las fuentes consultadas abarcaron bases de datos como PubMed, Scopus, Cochrane, Scielo y Google Academy.

### **Diagnóstico:**

Se considera la posibilidad de un embarazo ectópico en cualquier mujer sexualmente activa, en edad fértil, que presente metrorragia irregular acompañada de dolor en la parte baja del abdomen, especialmente si tiene factores de riesgo. En la actualidad, con la ayuda de técnicas avanzadas para la medición de  $\beta$ -HCG, junto con el uso de ecografía transvaginal de alta resolución, ayudan de manera favorable el realizar un diagnóstico, detectar el embarazo ectópico de manera temprana y precisa.

### **Diagnóstico Diferencial:**

- Aborto
  
- Proceso inflamatorio pelviano
  
- Torsión anexial
  
- Apendicitis

### **Diagnóstico Presuntivo:**



- Embarazo Ectópico
- Hemoperitoneo

**Diagnóstico Definitivo:**

- Embarazo ectópico tubario roto
- Embarazo ectópico cornual
- Salpingectomía lateral izquierda

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

Tras la revisión del presente caso clínico tratado en este estudio, el EE representa el 1.6% de las causas de muerte materna en el Ecuador según los últimos datos proporcionado por el INEC en el año 2022, patología que prevalece en un 95% el EE tubárico, del cual el 1.9% se encuentra representado en el sitio intersticial, siendo evidente que esto se presenta en la minoría de los casos, por lo que este caso se encuentra relevante dentro de la institución de estudio.

La ubicación geográfica de la paciente, por lo antes expuesto se evidencia zona urbana, teniendo fácil acceso a instituciones de salud tanto privadas como públicas, sin embargo, el diagnóstico y manejo incorrecto resulta ser de una problemática para llevar a cabo la resolución oportuna evitando complicaciones. Dejando como consecuencia tratamiento médico quirúrgico radical.

## VIII. RESULTADOS

El embarazo ectópico (EE) puede llevar a una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Se considera esencial que profesionales de salud realicen un adecuado diagnóstico diferencial y mantengan la presencia de signos y síntomas como dolor en hipogastrio, sangrado vaginal o síntomas inespecíficos. Por ende, se realice un manejo y resolución oportuna.

A través de una serie de exámenes, en relación con la clínica e imagen de ultrasonido, se obtiene como resultado un diagnóstico definitivo (Embarazo ectópico tubárico roto) el mismo que ya incluye signos de shock, como Hemoperitoneo, Hb 7. Taquicardia, facies pálidas mucosas deshidratadas.

## **IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

- En el caso clínico presentado por Crespo (Crespo Hinojosa, 2022) se evidencia que el EE abdominal forma parte de un caso particular, ya que su incidencia es de 1% así como lo es en el estudio de este caso que representa el mismo valor de incidencia. Dentro de los antecedentes obstétricos que predisponen a desarrollar EE se encuentran al aborto medico inducido y EE previo, antecedentes que presentaron dichas pacientes en estos estudios.
- Dentro de los signos y síntomas de un embarazo ectópico se encuentra la triada clásica que consiste en: sangrado transvaginal, amenorrea y dolor abdominal, triada que se presentó en el caso clínico de Palenque (Palenque Rocabado, 2023) tanto como lo es en el presente caso clínico presentado por este autor, llegando a la conclusión en ambos casos que dentro de los exámenes complementarios la ecografía tiene un papel importante para el diagnóstico.
- El EE accidentado es el causante de las principales emergencias dentro del primer trimestre que pone en riesgo la vida de la mujer, provocando hemorragias que conllevan a un shock hipovolémico, complicación que se presentó en este caso tanto como en el de
- (Ayala, 2018), por lo que compete para el manejo y resolución en ambos estudios se realizó mediante las guías estipuladas que priorizan el manejo del tiempo, reposición de volúmenes, evitando la muerte materna.

## **X. CONCLUSIONES:**

Una vez finalizado la presentación del caso clínico se llega a las siguientes conclusiones basadas en los objetivos propuestos:

- La conducta obstétrica a seguir en el manejo de un embarazo ectópico tubárico roto con signos de shock en una emergencia se puede mitigar el diagnóstico oportuno, a través de la correlación entre el cuadro clínico y exámenes complementarios.
- Dentro los antecedentes médicos se encuentran el hábito toxicológico de consumo de tabaco, mientras que dentro de los gineco obstétricos se halla un aborto inducido medicamente previo hace tres años, antecedentes que aumentan el riesgo predisponente para EE.
- El diagnóstico se sustentó con la presencia de la tríada caracterizada por: amenorrea, sangrado transvaginal y dolor abdominal, junto con signos de taquicardia, hipotensión arterial, acompañada de anemia severa confirmado por laboratorio.
- El tratamiento inicial no logró estabilizar completamente a la paciente, lo que llevó a la necesidad de una intervención quirúrgica de emergencia. Esta situación resalta la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo adecuado desde el primer momento para prevenir complicaciones mayores y asegurar una recuperación exitosa. La intervención quirúrgica fue clave para estabilizar a la paciente y resolver la situación crítica.

## **XI. RECOMENDACIONES**

Se recomienda a los y las profesionales de salud, estar siempre atentos ante los signos y síntomas de un posible embarazo ectópico, dado que una detección temprana es clave para un manejo exitoso y seguro.

Es fundamental utilizar múltiples herramientas diagnósticas, como la ecografía transvaginal y los análisis de HCG, para confirmar el diagnóstico de embarazo ectópico de manera definitiva, evitando así diagnósticos erróneos que puedan complicar el manejo del caso.

Se debe realizar un manejo integral y oportuno del embarazo ectópico, con el objetivo de prevenir complicaciones obstétricas y quirúrgicas, asegurando la mejor atención posible y minimizando riesgos para la paciente.

## REFERENCIAS

Ayala Ayala, S. (n.d.). *SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO*. Peru. Retrieved 2018, from <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/99512fa7-7ca3-4a2d-b215-925a2d39c826/content>

Carvajal Cabrera, J. A. (2023). *Manual Obstetricia y Ginecología* (Decimocuarta ed.). Jorge A. Carvajal. [https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL\\_compressed.pdf](https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL_compressed.pdf)

Carvajal Cabrera, J. A., & Barriga Cosmelli, D. M. I. (2019). *Manual Obstetricia y Ginecología*. (Décima Edición ed.). Jorge A. Carvajal. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf>

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, COLLADO PEÑA, D. S. P., GONZÁLEZ BARREDA, D. M. D. P., PÉREZ ARIAS, M. A., WEJEBE SHANAHAN, M. M., LEAL CHÁVEZ, L. M. E., & HERNÁNDEZ RAMÍREZ, L. M. (2022, NOVIEMBRE). *Gobierno de México Lineamiento técnico para la atención del Aborto Seguro en México* *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL\\_Interactivo\\_22NOV\\_22-Lineamiento\\_te\\_cnico\\_aborto.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_te_cnico_aborto.pdf)

Crespo Hinojosa, H. A. (2022, 01 12). Embarazo Ectópico Abdominal. *Embarazo Ectópico Abdominal*, 2. <file:///C:/Users/guido/Downloads/Dialnet-EmbarazoEctopicoAbdominal-8491330.pdf>

Espinoza Garita, D. S., Garnier Fernández, D. J. C., & Pizarro Alvarado, D. G. (2021, 05 21). Generalidades sobre embarazo ectópico. *Revista medica sinergia*, 6. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.670>

Hoffman, MD, B. L., Schorge, MD, J. O., Schaffer, MD, J. I., Halvorson, MD, L. M., Bradshaw, MD, K. D., & Cunningham, MD, F. G. (2014). *WILLIAMS GINECOLOGIA*. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/9941a6c44958e414293d86365dd40b61.pdf>

Homo sapiens. (2024, 6 17). Agonista de muerte celular asociado a BCL. *National Library of Medicine*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene/572>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS (2022). (n.d.). *DIFUNCIONES GENERALES*. INEC 2022. Retrieved 2022, from <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/>

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. (2022). *GACETA EPIDEMIOLOGICA DE MUERTE MATERNA SEIASE 36 ECUADOR 2022*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/11/Gaceta-SE-36-MM.pdf>

MURILLO ZARRANZ, M., PEREZ MORATA, S., SALAS MORENO, L., SIMON SANZ, A., TREBOL MUÑOZ, C., & SIMON SANZ, M. (2021, June 8). *Embarazo ectópico: revisión bibliográfica*. *Revista Sanitaria de Investigación*. Retrieved August 10, 2024, from <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/embarazo-ectopico-revision-bibliografica/>

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. (2021). *Más de 100 razones para dejar de fumar*. <https://www.paho.org/es/mas-100-razones-para-dejar-fumar>

Palenque Rocabado, G. (2023, 12 1). Embarazo ectópico tubárico bilateral simultáneo, a propósito de un caso. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662023000200143&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662023000200143&script=sci_arttext)

Revista de ciencias de salud cienfuegos, Rodríguez Llerena, D. B., Cruz de los Santos, D. H., Rodríguez Armada, D. C. A., & Hernández Martínez, D. L. I. (2006). *SHOCK*

file:///C:/Users/guido/Desktop/k.s/SHOCK\_HIPOVOLEMICO.pdf

Rivera, C., Pomés, C., Díaz, V., Espinoza, P., & Zamboni, M. (2020). Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. 12. [https://sochog.cl/wp-content/uploads/2021/01/AR\\_01.pdf](https://sochog.cl/wp-content/uploads/2021/01/AR_01.pdf)

Schwarcz, R., Fescina, R., & Duverges, C. (2005). *OBSTETRICIA (SEXTA EDICION* ed.). file:///C:/Users/guido/Downloads/Obstetricia\_de\_Schwarcz\_6ta\_Edicion-1.pdf

Uthpala, V., & Gracelyn, L. (2022, 5 11). Study of risk factors associated with ectopic pregnancy:an observational study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5. <https://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20221266>

*Vínculo entre tabaco y embarazo ectópico.* (2012, July 4). CuidatePlus. Retrieved August 7, 2024, from <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/ginecologicas/2012/07/04/explican-vinculo-tabaco-embarazo-ectopico-27422.html>



ANEXOS

Ilustración 1. Ecografía EndoVaginal inicial



**CEMAS**  
CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS


CENTRO DE ESPECIALIDADES  
MÉDICAS CEMAS S.A.  
0993366631001  
9 DE OCTUBRE ENTRE 18 DE  
AGOSTO Y COMERCIO  
0993112438  
LUNES A VIERNES 07H00 A  
19:00 SABADOS: 07H00 A 17:00

Paciente : URRUTIA ROCAFUERTE JOSELYN JOVANNA  
 Edad : 23 años, 9 meses y 29 días  
 Medico :  
 H.C.U : 90057  
 Orden : 0  
 Fecha : 2024-04-08

**ECOGRAFIA ENDOVAGINAL**

ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO REALIZADO CON TRANSDUCTOR INTRACAVITARIO DE 6.0 MHZ CON PACIENTE DECÚBITO DORSAL  
 MUESTRA:  
 VEJIGA: VACÍA AL MOMENTO DEL ESTUDIO  
 Útero de tamaño normal de bordes regulares que mide 6.05 x 4.20 x 5.09 cm, miometrio homogéneo sin masas en su interior  
 ENDOMETRIO: engrosado con contenido heterogéneo que mide 2.02 cm sugestivo a restos ovulares  
 CERVIX: De tamaño y aspecto normal, no se evidencian quistes de Naboth.  
 ANEXO DERECHO: forma ovoide de eco estructura eco mixto a predominio hipo ecoico. Se evidencia imagen de forma ovalada de contenido anecoico con presencia de taquique en su interior que mide 2.45 x 3.88 cm  
 ANEXO IZQUIERDO: forma ovoide, de eco estructura eco mixto a predominio hipo ecoico de volumen y tamaño normal  
 DOUGLAS: OCUPADO SE EVIDENCIA IMAGEN ANECOICA QUE MIDE 3.32 X 5.84 X 2.33 CM CON VOLUMEN DE 22 C

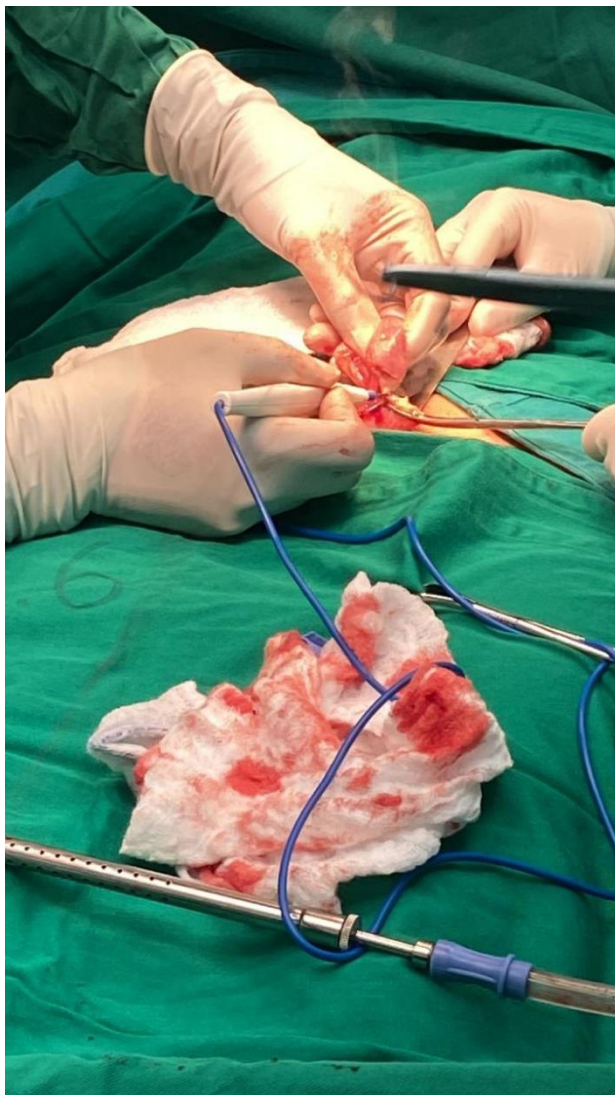
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA RESTOS OVULARES

  
 KATHERINE GABRIELA MEREJILDO TOMALA

Fecha de Validación : 2024-04-08

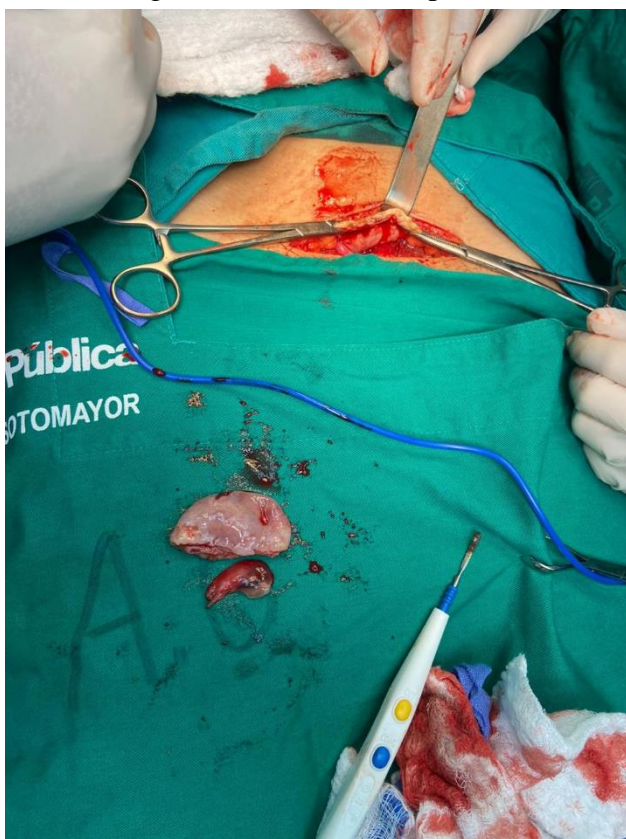
Fuente: Paciente.

**Ilustración 2.** Procedimiento quirúrgico de emergencia



**Fuente:** Stephanie Dayana Pulecio Rivadeneira.

**Ilustración 3.** Cirugía del embarazo ectópico. .



**Fuente:** Stephanie Dayana Pulecio Rivadeneira.

**Ilustración 4.** Vigilancia de la paciente en el post operatorio.

**Fuente:** Stephanie Dayana Pulecio Rivadeneira.




**Ilustración 5.** Ecografía transvaginal que corresponde el post operatorio.



**Fuente:** Capturada Pulecio Rivadeneira Stephanie Dayana del Ecógrafo Medison de Consulta externa del área de Ginecología del Hospital Liborio Panchana Sotomayor.

**Ilustración 6.** Resultado de examen de control.


**SOLCA**  
 LABORATORIO PATOLÓGICO

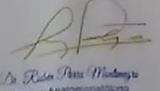
*Informe Anatomopatológico*

FECHA: 19/04/2024  
 PACIENTE: Urutia Rocafuerte Jocelyn Jovanna  
 EDAD: 23 AÑOS CI: 240098428  
 REF. QUITO 24-1179 DR: Jim Lumona  
 PROTOCOLO 253 P24 BIOPSIA: Quiste de ovario derecho

**PROCEDENCIA DEL MATERIAL:** Quiste de ovario derecho

**DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:** Se recibe fijado en formol, un fragmento sacular de tejido que mide 3,8 x 2,6 x 2 cm. La serosa es lisa y brillante. Al corte, se identifica un quiste hemorrágico que mide 1,5 cm. de diámetro y múltiples quistes simples que miden entre 0,1 cm. y 0,5 cm. Se incluyen muestras representativas para estudio histológico.

**DIAGNOSTICO:**  
 QUISTE DE OVARIO DERECHO; RESECCIÓN:  
 Quiste de cuerpo lúteo hemorrágico.  
 Quistes foliculares.  
 Negativo para malignidad.

  
 Dr. Rubén Parra Montenegro  
 Médico Anatomopatológico  
 C.E. 175861075-5 - M.S.P. - CUBIASB  
**Dr. Rubén Parra Montenegro**  
**ANATOMOPATOLOGO**

DIRECCION: SANTA ELENA - Barrio Bellavista AV Bolívar s/n Vía Ancón  
 Telf.: 0422942194 EXT 117- what.0995783154  
 E-mail: administracion@solcasantaelena.med.ec

**Fuente:** Paciente.