



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:
**“EMBARAZO ECTÓPICO ACCIDENTADO MAS SHOCK
HIPOVOLÉMICO”**

Requisito previo para optar para Título de Médico

Autora: Hidalgo Noroña, Tránsito Maricela

Tutora: Dra. González Guevara, Laura Catalina

Ambato-Ecuador

Octubre 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“EMBARAZO ECTÓPICO ACCIDENTADO MAS SHOCK HIPOVOLÉMICO” de Transito Maricela Hidalgo Noroña estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2016

LA TUTORA

.....

Dra. González Guevara, Laura Catalina

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“EMBARAZO ECTÓPICO ACCIDENTADO MAS SHOCK HIPOVOLÉMICO”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....

Hidalgo Noroña, Tránsito Maricela

DERECHOS DEL AUTOR

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

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

Ambato, Septiembre 2016

LA AUTORA

.....

Hidalgo Noroña, Tránsito Maricela

APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“EMBARAZO ECTÓPICO ACCIDENTADO MAS SHOCK HIPOVOLÉMICO”**, de Transito Maricela Hidalgo Noroña, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1^{er} VOCAL

.....
2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, porque ha guiado cada paso de mi vida, dándome sabiduría para culminar esta etapa. A mi madre Patricia, quien ha sido el eje fundamental de mí existir, su fuerza, su amor y su ejemplo siempre me han motivado a ser la mejor, por creer en mí y apoyarme constantemente. A mis tías Delia y Magdalena que con su apoyo incondicional, me han enseñado que nunca se debe dejar de luchar por lo que se desea alcanzar, todo esto se lo debo a ustedes.

Maricela

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato, a sus autoridades y sus docentes, que con paciencia y sabiduría supieron instruirme para ser una gran profesional.

Maricela

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	ix
SUMMARY	xi
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	2
DESARROLLO	3
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	3
DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	30
FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	30
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	31
EMBARAZO ECTÓPICO	33
SHOCK HIPOVOLÉMICO	44
EDEMA AGUDO DE PULMÓN	52
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	55
CONCLUSIONES	56
REFERENCIAS	58

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

**“EMBARAZO ECTÓPICO ACCIDENTADO MÁS SHOCK
HIPOVOLÉMICO”**

Autora: Hidalgo Noroña, Transito Maricela

Tutora: Dra. González Guevara, Laura Catalina

Fecha: Septiembre 2016

RESUMEN

El embarazo ectópico se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. En el Ecuador según datos publicados por el INEC en el año 2014, el embarazo ectópico es la cuarta causa de muerte materna con un resultado de 6,02%. La localización más común de un embarazo ectópico es en la trompa de Falopio. Son múltiples los factores relacionados al embarazo ectópico y la prevalencia de tales factores está en aumento, se correlaciona con historia de enfermedad de transmisión sexual, embarazo ectópico previo, cirugía tubárica, mujeres adultas y consumo de tabaco. Es una de las causas más importantes de abdomen agudo en obstetricia y a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico sigue representando a nivel mundial, un problema de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo.

El presente caso describe una paciente femenina de 29 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, fecha de última menstruación desconoce, acude al servicio de emergencias por presentar dolor abdominal desde hace aproximadamente 2 horas, acompañado de taquicardia, hipotensión y palidez generalizada. Se realizan exámenes de laboratorio los cuales reportan leucocitosis,

disminución de la hemoglobina, el hematocrito y BHCG positiva. Además de realiza ecografía de abdomen reportando embarazo ectópico accidentado. Paciente es valorada por emergencia obstétrica con resultado de exámenes se decide ingreso a centro quirúrgico para laparotomía urgente por embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico encontrándose sangrado libre en cavidad más coágulos aproximadamente 3000 mililitros, se administra cristaloides y concentrado de glóbulos rojos con lo cual se controla hemodinámicamente a la paciente. Aproximadamente 24 horas después paciente presenta dificultad respiratoria y desaturaciones se realiza radiografía de tórax es valorada por medicina interna y cardiología quien diagnóstica edema agudo de pulmón, se instaure tratamiento para el mismo. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta 5 días después.

Pese a los avances científicos en materia de diagnóstico, prevención y tratamiento de esta patología se sigue dejando pasar inadvertido pacientes de esta índole, ya sea por suspicacia al momento de la atención, tardanza en la derivación hacia áreas de mayor resolución, o quizá por falta de herramientas diagnósticas que nos permitan llegar a un análisis concreto de manera rápida y oportuna, es importante considerar la relevancia de la investigación del presente caso clínico que pretende generar un conocimiento claro y preciso del diagnóstico y manejo del embarazo ectópico para realizar una intervención temprana, para beneficio del paciente.

PALABRAS CLAVES: EMBARAZO_ECTÓPICO,
SHOCK_HIPOVOLÉMICO, EDEMA _AGUDO, PULMÓN

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER

"ECTOPIC PREGNANCY MORE ROUGH HYPOVOLEMIC SHOCK"

Author: Hidalgo Noroña, Transito Maricela

Tutor: Dra. González Guevara, Laura Catalina

Date: September 2016

SUMMARY

Ectopic pregnancy is defined as the implantation of the fertilized egg outside the uterine cavity. In Ecuador, according to data released by the INEC in 2014, ectopic pregnancy is the fourth leading cause of maternal death with a result of 6.02%. The most common location of ectopic pregnancy is in the fallopian tube. There are multiple factors related to ectopic pregnancy and the prevalence of such factors is increasing, it correlates with a history of sexually transmitted diseases, ectopic pregnancy, tubal surgery, adult women and snuff disease. It is one of the most important causes of acute abdomen in obstetrics and despite progress in diagnostic and therapeutic methods, ectopic pregnancy continues to represent worldwide problem of maternal morbidity and mortality in the first trimester of pregnancy.

This case describes a female patient of 29 years old with no medical history of importance, date of last menstruation know, go to the emergency room because of abdominal pain for about 2 hours, accompanied by tachycardia, hypotension and generalized pallor. Laboratory tests which report leukocytosis, decreased hemoglobin, hematocrit and positive BHCG are made. In addition to reporting abdominal ultrasound performed rugged ectopic pregnancy. Patient is assessed by emergency obstetric resulting test income is decided to surgical center for emergency laparotomy for ectopic pregnancy injured more hypovolemic shock finding free bleeding cavity more clots approximately 3000 milliliters, is

administered crystalloid and packed red blood cells plus thereby controls the patient hemodynamically. Approximately 24 hours after the patient has difficulty breathing and chest x-ray desaturation is valued by internal medicine and cardiology who diagnostic acute pulmonary edema, treatment is established it is done. Patient course and is discharged 5 days later.

Despite scientific advances in diagnosis, prevention and treatment of this disease is still left unnoticed patients of this kind, either suspicion at the time of care, delay in referral to areas of higher resolution, or perhaps for lack diagnostic tools that enable us to reach a concrete analysis quick and timely manner, it is important to consider the relevance of the investigation of this case report that aims to create a clear and precise understanding of the diagnosis and management of ectopic pregnancy for early intervention, for the benefit of the patient.

KEYWORDS: ECTOPIC_PREGNANCY, HYPOVOLEMIC_SHOCK,
EDEMA_ACUTE, PULMONARY

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es una urgencia que amenaza la vida de la mujer, así como su fertilidad, se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina.⁹ La localización más frecuente de un embarazo ectópico es en la trompa de Falopio aunque puede ocurrir en otros sitios menos frecuentes como el ovario, abdomen, cérvix.¹ Es una de las causas más importantes de abdomen agudo en obstetricia y a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico sigue representando a nivel mundial, un problema de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo.¹

Esta afección adquiere gran importancia ya que mundialmente continúa siendo un problema de salud pública, presentando una incidencia global del 0,82% del total de los partos registrados.¹ En el Ecuador según datos publicados por el INEC en el año 2014, el embarazo ectópico es la cuarta causa de muerte materna con un resultado de 6,02%.²

El embarazo ectópico accidentado es causa de hemorragia en el primer trimestre del embarazo que puede provocar complicaciones que si no se tratan a tiempo y de manera profesional pueden llegar a causar la muerte de la paciente, dentro de estas complicaciones encontramos al shock hipovolémico.

Pese a los avances científicos en materia de diagnóstico, prevención y tratamiento de esta patología se sigue dejando pasar inadvertido pacientes de esta índole, ya sea por suspicacia al momento de la atención, tardanza en la derivación hacia áreas de mayor resolución, o quizá por falta de herramientas diagnósticas que nos permitan llegar a un análisis concreto de manera rápida y oportuna, es importante considerar la relevancia de la investigación del presente caso clínico que pretende generar un conocimiento claro y preciso del diagnóstico y manejo del embarazo ectópico para realizar una intervención temprana, para beneficio del paciente.

I. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Identificar las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico accidentado y shock hipovolémico para el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta patología.

OBJETIVOS ESPECÍFICO

- ✓ Determinar los factores de riesgo y complicaciones del embarazo ectópico.
- ✓ Revisar las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico accidentado.
- ✓ Establecer el tratamiento adecuado para el embarazo ectópico y shock hipovolémico.

II. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

La información utilizada para el desarrollo del presente caso clínico se obtuvo de la historia clínica de la paciente documento médico legal, la misma que se revisó en las instalaciones del Hospital Provincial General Latacunga de la manera más adecuada y precisa.

La cual contiene la mayor parte de la información de la paciente desde su llegada al Servicio de Emergencia hasta su permanencia en Hospitalización de Ginecología tomando en cuenta su cuadro clínico, protocolo quirúrgico, tratamiento, evolución.

Identificación y recopilación de la información no disponible: la información que no consta en la historia clínica física de la paciente se la obtuvo por entrevista personal con la paciente, la misma relato la evolución de su patología mostrándose colaboradora y respondiendo con claridad.

III. DESARROLLO

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

HISTORIA CLÍNICA

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

EMERGENCIA

DATOS DE FILIACIÓN

Paciente NN, femenina de 29 años de edad, estado civil soltera, lugar de nacimiento Pujilí, residencia actual Latacunga, instrucción secundaria completa, ocupación comerciante, nacionalidad ecuatoriana, grupo cultural mestiza, religión católica, lateralidad diestra, grupo sanguíneo 0 Rh (+).

Fecha de admisión: 18/02/2016

Hora: 06:40

MOTIVO DE CONSULTA

- Dolor abdominal

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Clínicos: No refiere

Quirúrgicos: No refiere

Alergias: No refiere

Gineco-Obstétricos: Fecha de última menstruación: No refiere

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

No refiere

ENFERMEDAD ACTUAL

Acude por presentar dolor abdominal desde hace aproximadamente 2 horas, de tipo cólico, 9/10, localizado en fosa ilíaca izquierda, además refiere náuseas que llegan al vomito por 3 ocasiones, razón por la cual acude a esta casa de salud.

SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardíaca: 138 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria: 38 respiraciones por minuto

Tensión arterial: 80/60 milímetros de mercurio.

Temperatura: 35 °C temperatura axilar.

Saturación O₂: 90% aire ambiente

Peso: 70 kilogramos.

Talla: 1.65 metros.

EXAMEN FÍSICO

Paciente álgica, consciente, con presencia de palidez generalizada.

Corazón: Ruidos cardíacos rítmicos, hiperfonéticos, taquicárdicos.

Pulmones: Murmullo vesicular conservado.

Abdomen: Suave, depresible doloroso a la palpación a nivel de hemiabdomen inferior, ruidos hidroaéreos adecuados.

SOLICITUD DE EXÁMENES

- Biometría hemática

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

- Dolor abdominal

PLAN DE TRATAMIENTO

- Tramadol 100 miligramos intravenoso en este momento
- Examen de laboratorio

Fecha: 18/02/2016	
Hora: 07:00	
BIOMETRÍA HEMÁTICA	
Leucocitos	18.400 K/ul
Neutrófilos	90%
Linfocitos	10%
Hemoglobina	11,5 g/dl
Hematocrito	37 %

EVOLUCIÓN EMERGENCIA

Fecha: 18/02/2016, hora 07:00

Paciente femenina de 29 años con cuadro de dolor abdominal tipo cólico localizado en flanco derecho y zona lumbar derecha. Puño percusión derecha positiva. RIG: escaso sangrado genital.

INDICACIONES

1. Solución salina 0,9% 1000 mililitros intravenoso, pasar en bolo 400 mililitros luego 1000 mililitros cada 12 horas.
2. Ketorolaco 60 miligramos intravenoso cada 8 horas.
3. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas.
4. Eco abdominal y pélvico.
5. Uroanálisis.
6. Biometría hemática, BHCG.
7. Valoración con resultados.

Fecha: 18/02/2016	
Hora: 07:00	
BIOMETRÍA HEMÁTICA	
Leucocitos	29.800 K/ul
Neutrófilos	95%
Linfocitos	5%
Hemoglobina	10 g/dl

Hematocrito	32 %
SEROLOGÍA	
BHCG cualitativa	Positivo

REPORTE ECOGRÁFICO (18/02/2016)

Imagen heterogénea que impresiona depender de anexo izquierdo, mal definido, vascularizada, área quística. Abundante líquido libre en cavidad abdominal y pélvica, volumen aproximado 3000 cc, aspecto hemorrágico con áreas que sugieren coágulos en la pelvis. Útero de forma y tamaño y ecogeneidad conservada, homogéneo. Endometrio ecogénico, central, engrosado con líquido en la cavidad endometrial. Ovario izquierdo sin alteraciones. Hallazgos en relación con embarazo ectópico accidentado a correlacionar con BHCG. (Figura N° 1)

EVOLUCIÓN EMERGENCIA

Fecha: 18/02/2016, hora 10:00

Se reciben resultados de eco y exámenes de laboratorio los cuales reportan cuadro de embarazo ectópico accidentado por lo que se comunica a Ginecología y Obstetricia.

INDICACIONES

1. Valoración por Ginecología y Obstetricia

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EMERGENCIA

Fecha: 18/02/2016, hora 10:10

Se recibe resultado de eco en el que reporta embarazo ectópico accidentado con presencia de abundante líquido libre en cavidad abdominal y pélvica, volumen aproximado 3000 cc, aspecto hemorrágico. Se comunica a Médico Tratante de Ginecología y Obstetricia turno para cirugía urgente. Se envía a paciente a centro quirúrgico.

INDICACIONES

1. Parte operatorio.
2. Consentimiento informado.
3. Pasar 2 paquetes globulares.

4. Lactato ringer 1000 mililitros intravenoso cada 8 horas.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CENTRO QUIRÚRGICO

NOTA POSTQUIRÚRGICA

Fecha: 18/02/2016 hora 11:35

Bajo anestesia general se realiza laparotomía exploratoria por diagnóstico de embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico.

Hallazgos:

1. Sangrado libre en cavidad más coágulos, aproximadamente 3000 centímetros cúbicos.
2. Útero aumentado de tamaño (1.2-1.4x).
3. Anexo derecho características normales.
4. Complicaciones: sangrado masivo en cavidad abdominal.

INDICACIONES

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales y sangrado
3. Control de ingesta y excreta
4. Diuresis horaria
5. Lactato ringer 1000 mililitros intravenoso cada 8 horas
6. Pasar 4 paquetes globulares más 2 plasmas frescos congelados
7. Furosemida 20 miligramos 1 ampolla intravenosa al terminar los 4 paquetes.
8. Cefazolina 1 gramo intravenoso cada 8 horas.
9. Tramadol 1 ampolla intravenosa cada 8 horas.
10. Interconsulta a Medicina Interna para manejo de líquidos
11. Control de hemoglobina, hematocrito, TP, TTP (20:00).
12. Histopatológico
13. Novedades

PROTOCOLO OPERATORIO

Fecha: 18/02/2016 hora 11:40

DIAGNÓSTICO		OPERACIÓN	
<u>Pre-operatorio:</u> Embarazo Ectópico Accidentado más Shock Hipovolémico <u>Post-operatorio:</u> Embarazo Ectópico Accidentado más Shock Hipovolémico		<u>Proyectada:</u> Laparotomía <u>Realizada:</u> Laparotomía exploratoria	
EQUIPO OPERATORIO			
<u>Cirujano:</u> Médico Tratante <u>Primer ayudante:</u> Médico Tratante <u>Segundo ayudante:</u> Interno Rotativo de Medicina		<u>Instrumentista:</u> Licenciada de turno <u>Circulante:</u> Interno Rotativo de Enfermería <u>Anestesiólogo:</u> Médico Residente de turno	
<u>Fecha operación:</u> 18/02/2016	<u>Hora de inicio:</u> 11:00	<u>Hora de terminación:</u> 11:35	<u>Tipo de anestesia:</u> General

DIÉRESIS:

Incisión suprapúbica de aproximadamente 10 cm de longitud.

EXPOSICIÓN:

Manual e instrumental

EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:

1. Sangrado libre en cavidad más coágulos, aproximadamente 3000 centímetros cúbicos.
2. Útero aumentado de tamaño (1.2-1.4x).
3. Anexo derecho características normales.

PROCEDIMIENTO OPERATORIO:

1. Asepsia y antisepsia
2. Colocación de campos estériles
3. Diéresis descrita
4. Profundización de incisión y apertura de cavidad
5. Descrito en hallazgos
6. Revisión de hemostasia
7. Limpieza de cavidad
8. Síntesis por planos

SÍNTESIS:

Por planos

COMPLICACIONES DEL ACTO QUIRÚRGICO:

Sangrado masivo en cavidad abdominal

EXAMEN HISTOPATOLÓGICO:

Si

ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES PARENTERALES		
18/02/2016		
10:20	Lactato ringer	1000 mililitros
10:40	Lactato ringer	1000 mililitros
10:55	Lactato ringer	1000 mililitros
11:10	Lactato ringer	1000 mililitros
11:20	Haemaccel	500 mililitros
12:10	Solución salina	1000 mililitros
12:20	Solución salina	1000 mililitros
12:20	Paquete globular	281 mililitros
12:20	Paquete globular	258 mililitros
12:30	Paquete globular	238 mililitros
12:30	Paquete globular	295 mililitros
19:00	Lactato ringer	1000 mililitros
19:10	Plasma fresco congelado	218 mililitros
20:00	Plasma fresco congelado	210 mililitros
	TOTAL	9000 mililitros

ELIMINACIÓN		
18/02/2016		
10:20	Diuresis	500 mililitros
12:50	Diuresis	1000 mililitros
13:15	Diuresis	500 mililitros
15:50	Diuresis	1000 mililitros

17:00	Diuresis	500 mililitros
18:00	Diuresis	500 mililitros
19:00	Diuresis	500 mililitros
20:00	Diuresis	500 mililitros
	TOTAL	5000 mililitros

INGESTA	EXCRETA	TOTAL NO ELIMINADO
9000	5000	4000 mililitros

MATERNIDAD

EVOLUCIÓN NOCTURNA MATERNIDAD

Fecha: 18/02/2016, hora 20:00

Paciente de 29 años de edad

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

S: Paciente descansa tranquila sin ninguna novedad.

O: Paciente consciente, orientada, álgica, afebril. Abdomen: suave depresible doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, presencia de gasas limpias y secas.

A: Paciente post-laparotomía exploratoria de 8 horas de evolución

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Pendiente exámenes de control.

EVOLUCIÓN DIURNA MATERNIDAD

Fecha: 19/02/2016, hora 08:00

Paciente de 29 años de edad

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

S: Paciente descansa tranquila sin ninguna novedad.

O: Paciente consciente, orientada, álgica, afebril, hidratada. Abdomen: suave depresible doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, presencia de gasas manchadas con líquido serohemático.

A: Paciente post-laparotomía exploratoria de 20 horas de evolución

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales y sangrado genital
3. Control de ingesta y excreta
4. Diuresis horaria
5. Hidratación manejo de líquidos por Medicina Interna
6. Cefazolina 1 gramo intravenoso cada 8 horas.
7. Tramadol 100 miligramos intravenoso cada 8 horas.
8. Pendiente resultado de histopatológico
9. Novedades

INTERCONSULTA MEDICINA INTERNA

Fecha: 19/02/2016, hora 09:00

Se ajusta esquema de hidratación a solicitud de Ginecología y Obstetricia.

INDICACIONES

1. Mantener antibióticos
2. Dextrosa al 5% en solución salina 0,9%, 1000 mililitros intravenoso más 1 ampolla de cloruro de potasio cada 12 horas.
3. Novedades

Fecha: 19/02/2016	
Hora 10:00	
BIOMETRÍA HEMÁTICA	
Hemoglobina	10 g/dl
Hematocrito	32 %
SEROLOGÍA	
TP	12 seg
TTP	29 seg

EVOLUCIÓN NOCTURNA MEDICINA INTERNA

Fecha: 19/02/2016, hora 21:00

Paciente femenina de 29 años de edad. Al momento presenta dificultad respiratoria, febril, semihidratada.

Frecuencia cardiaca: 98 por minuto

Frecuencia respiratoria: 26 por minuto

Tensión arterial: 110/80 milímetros de mercurio.

Saturación O₂: 72% con 3 litros de oxígeno.

Temperatura: 37,9 °C temperatura axilar

INDICACIONES

1. Control de signos vitales cada hora y anotar.
2. Monitoreo continuo.
3. Semifowler
4. Biometría hemática, química sanguínea, electrolitos.
5. EMO más GRAM
6. Radiografía de tórax
7. Paracetamol 1 gramo vía oral en este momento.
8. Bajar temperatura por medios físicos.
9. Control con resultados.
10. Novedades

EVOLUCIÓN NOCTURNA MATERNIDAD

Fecha: 19/02/2016, hora 22:00

Paciente de 29 años de edad

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

S: Paciente al momento intranquila, refiere dificultad para respirar.

O: Paciente consciente, orientada, afebril. Abdomen: suave depresible levemente doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, presencia de apósitos limpios y secos, ruidos hidroaéreos presentes. Región inguinogenital: Presencia de sangrado escaso.

A: Hemoglobina: 10,3 gr/dl, hematocrito: 33%

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Ecografía pélvica
2. Valoración de radiografía de tórax por Medicina Interna
3. Resto igual indicaciones

Fecha: 19/02/2016	
Hora 21:30	
BIOMETRÍA HEMÁTICA	
Leucocitos	10.800 K/ul
Neutrófilos	70%
Linfocitos	28%
Hemoglobina	9,3 g/dl
Hematocrito	30 %
QUÍMICA SANGUÍNEA	
Glucosa	91 mg/dl
ELECTROLITOS	
Sodio	136 mmol/L
Potasio	3,1 mmol/L
Cloro	104 mmol/L

EVOLUCIÓN NOCTURNA MEDICINA INTERNA

Fecha: 19/02/2016, hora 23:00

Se valora a paciente con radiografía de tórax. Al momento presenta dificultad respiratoria, murmullo vesicular disminuido.

REPORTE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Se visualiza infiltrados moteados difusos con bordes mal definidos.

Diagnóstico:

Descartar edema agudo de pulmón

INDICACIONES

1. Nebulizaciones con 2 mililitros de solución salina 0,9% más 1 mililitro de bromuro de ipatropio.
2. Novedades.

EVOLUCIÓN DIURNA MATERNIDAD

Fecha: 20/02/2016, hora 08:00

Paciente de 29 años de edad

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

Descartar edema agudo de pulmón

S: Paciente descansa tranquila sin ninguna molestia.

O: Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada. Frecuencia cardiaca: 86 por minuto, frecuencia respiratoria: 24 por minuto, tensión arterial: 100/70 milímetros de mercurio, saturación O₂: 76% con 3 litros de oxígeno. Pulmones: murmullo vesicular disminuido. Abdomen: suave depresible doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior.

A: Leucocitos: 10.800 k/ul, hemoglobina: 9,3 gr/dl, hematocrito: 30%

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Dieta líquida amplia
2. Semifowler
3. Oxígeno por bigotera a 3 litros por minuto.
4. Dispositivo intravenoso sin heparina
5. Cefazolina 1 gramo intravenoso cada 8 horas.
6. Tramadol 100 miligramos intravenoso cada 12 horas.
7. Sonda vesical
8. Diuresis horaria
9. Indicaciones de Medicina Interna
10. Interconsulta a Cardiología
11. Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, glucosa, urea, creatinina.
12. Novedades

EVOLUCIÓN DIURNA MEDICINA INTERNA

Fecha: 20/02/2016 hora 09:00

Paciente femenina de 29 años de edad.

Días de hospitalización: 2

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

Edema agudo de pulmón

S: Paciente al momento asintomática.

O: Paciente consiente, orientada, afebril, hidratada.

Frecuencia cardiaca: 85 por minuto

Frecuencia respiratoria: 24 por minuto

Tensión arterial: 100/70 milímetros de mercurio.

Saturación O₂: 76% con 3 litros de oxígeno.

Mucosas orales: Húmedas

Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos.

Pulmones: Murmullo vesicular disminuido.

Abdomen: Suave, depresible levemente doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior.

Extremidades: No edema

A: Estable

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Semifowler
2. Control de ingesta y excreta
3. Nebulizaciones con 2 mililitros de solución salina 0,9% más 1 mililitro de bromuro de ipatropio cada 8 horas.
4. Fisioterapia respiratoria
5. Radiografía anteroposterior y lateral de tórax
6. Valoración por Cardiología
7. Indicaciones de Ginecología y Obstetricia.
8. Restricción de líquidos parenterales.
9. Control con resultados.

10. Novedades

Fecha: 20/02/2016	
Hora 10:00	
BIOMETRÍA HEMÁTICA	
Leucocitos	10.800 K/ul
Neutrófilos	70%
Linfocitos	28%
Hemoglobina	9,3 g/dl
Hematocrito	30 %
QUÍMICA SANGUÍNEA	
Glucosa	85 mg/dl
Urea	32 mg/dl
Creatinina	0,7 mg/dl
Ácido úrico	4,3 mg/dl
SEROINMUNOLOGÍA	
PCR	6 ul/ml

REPORTE ECOGRÁFICO 20/02/2016

Útero de forma tamaño y ecogenicidad conservada, homogéneo, sin lesiones focales, endometrio ecogénico central. Ovario no se logra identificar por vejiga vacía. Escaso líquido libre en la pelvis y en el espacio de Morrison. No se observa colecciones. Cérvix de características ecogénicas normales.

REPORTE RADIOGRAFÍA AP Y LATERAL DE TÓRAX

Radiografía anteroposterior de tórax: Se visualiza infiltrados moteados difusos con bordes mal definidos. Radiografía lateral de tórax: Presencia de líneas B de Kerley. (Figura N° 2)

EVOLUCIÓN FISIOTERAPIA (TERAPIA RESPIRATORIA)

Fecha: 20/02/2016, hora 11:00

Paciente femenina de 29 años

Diagnóstico:

Edema agudo de pulmón

S: Paciente asintomática

O: Cabeza: Normocefálica, mucosas orales: húmedas, tórax expansible, campos pulmonares murmullo vesicular disminuido, extremidades simétricas no edema.

A: Estable

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Gimnasia respiratoria
2. Drenaje postural

EVOLUCIÓN NOCTURNA MATERNIDAD

Fecha: 20/02/2016 hora 20:00

Paciente femenina de 29 años

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

Edema agudo de pulmón

S: Paciente al momento descansa tranquila no refiere molestia

O: Paciente consciente, orientada, afebril. Corazón: ruidos cardiacos rítmicos.

Pulmones: presencia de estertores en ambos campos pulmonares. Abdomen: suave, depresible, levemente doloroso a la palpación a nivel de sitio quirúrgico.

RIG: sangrado genital escaso, Extremidades no edema. Frecuencia cardíaca 75 por minuto, saturación O₂: 82% con 3 litros de oxígeno.

A: Estable

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Continuar indicaciones de Ginecología y Obstetricia
2. Indicaciones de Medicina Interna
3. Novedades

EVOLUCIÓN NOCTURNA MEDICINA INTERNA

Fecha: 20/02/2016, hora 21:00

Paciente femenina de 29 años de edad.

Al momento descansa tranquila no refiere molestia.

Frecuencia cardiaca: 61 por minuto

Frecuencia respiratoria: 24 por minuto

Tensión arterial: 110/70 milímetros de mercurio.

Saturación O₂: 82% con 3 litros de oxígeno.

INDICACIONES

1. Mantener iguales indicaciones.

EVOLUCIÓN DIURNA MATERNIDAD

Fecha: 21/02/2016, hora 08:00

Paciente de 29 años de edad

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

Edema agudo de pulmón

S: Paciente descansa tranquila sin ninguna molestia.

O: Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada. Corazón: ruidos cardiacos rítmicos. Pulmones: murmullo vesicular disminuido. Abdomen: suave depresible levemente doloroso a la palpación a nivel de sitio quirúrgico. RIG: sangrado genital escaso. Extremidades: no edema

A: Estable

P: Indicaciones

Indicaciones:

1. Dieta blanda
2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excreta
4. Semifowler
5. Oxígeno por bigotera si saturación de oxígeno es <90%
6. Dispositivo intravenoso sin heparina
7. Cefazolina 1 gramo intravenoso cada 8 horas.
8. Indicaciones de medicina interna
9. Indicaciones de cardiología

10. Sonda vesical
11. Diuresis horaria
12. Novedades

EVOLUCIÓN DIURNA MEDICINA INTERNA

Fecha: 21/02/2016, hora 09:00

Paciente femenina de 29 años de edad.

Días de hospitalización: 3

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

Edema agudo de pulmón

S: Paciente al momento asintomática.

O: Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada.

Frecuencia cardiaca: 73 por minuto

Frecuencia respiratoria: 22 por minuto

Tensión arterial: 110/70 milímetros de mercurio.

Saturación O₂: 86% con 3 litros de oxígeno.

Mucosas orales: húmedas

Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos.

Pulmones: presencia de estertores en ambos campos pulmonares.

Abdomen: suave, depresible levemente doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior.

Extremidades: no edema

A: Estable

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Control de signos vitales
2. Control de ingesta y excreta
3. Semifowler
4. Nebulizaciones con 2 mililitros de solución salina 0,9% más 1 mililitro de bromuro de ipatropio cada 8 horas.
5. Fisioterapia respiratoria

6. Indicaciones de Ginecología y Obstetricia.
7. Oxígeno a 3 litro por minuto.
8. Novedades.

INTERCONSULTA CARDIOLOGÍA

Fecha: 21/02/2016, hora 10:00

Paciente de 29 años de edad en su tercer día post-laparotomía exploratoria por embarazo ectópico, presentando sangrado de más o menos 3000 mililitros recibiendo 4 paquetes globulares más plasma.

Presenta taquipnea y desaturaciones.

Examen físico: Taquipneica, acianótica, pálida, saturación 60%, presión arterial 120/80 mmhg. Ruidos cardiacos rítmicos 2 tiempos normofonéticos sin soplos. Murmullo vesicular presente con estertores crepitantes en los 2 campos pulmonares. Sin visceromegalia. EKG: dentro de la normalidad.

Diagnóstico:

Edema agudo de pulmón

INDICACIONES:

1. Oxígeno 4 litros por minutos.
2. Furosemida 40 miligramos intravenoso en este momento
3. Furosemida 20 miligramos intravenoso cada 12 horas a partir de la noche
4. Espironolactona 100 miligramos vía oral día

EVOLUCIÓN FISIOTERAPIA (TERAPIA RESPIRATORIA)

Fecha: 21/02/2016, hora 11:00

Paciente femenina de 29 años

Diagnóstico:

Edema agudo de pulmón

S: Paciente asintomática

O: Cabeza: Normocefálica, mucosas orales: húmedas, tórax expansible, campos pulmonares murmullo vesicular disminuido, extremidades simétricas no edema.

A: Estable

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Gimnasia respiratoria
2. Drenaje postural

EVOLUCIÓN NOCTURNA MATERNIDAD

Fecha: 21/02/2016, hora 20:00

Paciente femenina de 29 años

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

Edema agudo de pulmón

S: Paciente asintomática

O: Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada. Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación. RIG: no sangrado, ni secreciones. Extremidades: no edema. Saturación O₂: 83% con 2 litro de oxígeno.

A: Paciente estable

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Dieta general
2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excreta
4. Semifowler
5. Oxígeno por bigotera nasal si saturación es <90%
6. Dispositivo intravenoso sin heparina
7. Cefazolina 1 gramo intravenoso cada 8 horas
8. Incentivometro
9. Indicaciones de Medicina Interna
10. Indicaciones de Cardiología
11. Terapia respiratoria
12. Sonda vesical
13. Diuresis horaria
14. Novedades

EVOLUCIÓN NOCTURNA MEDICINA INTERNA

Fecha: 21/02/2016, hora 21:00

Paciente femenina de 29 años de edad.

Al momento descansa tranquila no refiere molestia.

Frecuencia cardiaca: 67 por minuto

Frecuencia respiratoria: 22 por minuto

Tensión arterial: 120/80 milímetros de mercurio.

Saturación O₂: 85% con 2 litros de oxígeno.

INDICACIONES

1. Oxígeno por cánula nasal para mantener saturación mayor o igual a 90%.
2. Resto iguales indicaciones.

EVOLUCIÓN DIURNA MATERNIDAD

Fecha: 22/02/2016 hora 08:00

Paciente femenina de 29 años

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

Edema agudo de pulmón

S: Paciente al momento asintomática

O: Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada. Saturación O₂: 90% con 1 litro de oxígeno. Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación. RIG: no presencia de sangrado, ni salida de líquido ni secreciones. Extremidades no edema.

A: Paciente estable

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Dieta general
2. Control de signos vitales
3. Semifowler
4. Cefalexina 500 miligramo vía oral cada 6 horas
5. Terapia respiratoria
6. Retirar sonda vesical

7. Indicaciones de medicina interna y cardiología
8. Novedades

EVOLUCIÓN DIURNA CARDIOLOGÍA

Fecha: 22/02/2016, hora 08:30

Paciente femenina de 29 años de edad.

Días de hospitalización: 5

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

Edema agudo de pulmón

S: Paciente al momento descansa tranquila no refiere molestia.

Frecuencia cardiaca: 67 por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Tensión arterial: 110/70 milímetros de mercurio.

Saturación O₂: 91% con 1 litros de oxígeno.

O: Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada. Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos.

Pulmones: Murmullo vesicular conservado con estertores crepitantes en ambos campos pulmonares.

Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación.

Extremidades: simétricas, no edema

A: Estable

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Dieta general
2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excreta
4. Semifowler
5. Oxigeno por razones necesarias
6. Furosemida 20 miligramos intravenoso diario
7. Espironolactona 25 miligramos vía oral diario.
8. Novedades

EVOLUCIÓN DIURNA MEDICINA INTERNA

Fecha: 22/02/2016, hora 09:00

Paciente femenina de 29 años de edad.

Días de hospitalización: 5

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

Edema agudo de pulmón

S: Paciente al momento asintomática.

O: Paciente consciente, orientada, afebril.

Frecuencia cardiaca: 70 por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Tensión arterial: 110/70 milímetros de mercurio.

Saturación O₂: 90% con ½ litros de oxígeno.

Mucosas orales: húmedas

Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos.

Pulmones: Presencia de estertores crepitantes en campos pulmonares.

Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación.

Extremidades: simétricas, no edema

A: estable

P: indicaciones

INDICACIONES

1. Dieta general
2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excreta
4. Oxígeno por cánula nasal para mantener saturación mayor o igual a 90%.
5. Semifowler
6. Nebulizaciones con 2 mililitros de solución salina 0,9% más 1 mililitro de bromuro de ipatropio cada 8 horas.
7. Fisioterapia respiratoria
8. Novedades.

EVOLUCIÓN FISIOTERAPIA (TERAPIA RESPIRATORIA)

Fecha: 22/02/2016, hora 11:00

Paciente femenina de 29 años

Diagnóstico: edema agudo de pulmón

Embarazo ectópico accidentado

S: Paciente asintomática

O: Mucosas orales: húmedas, tórax expansible, campos pulmonares murmullo vesicular conservado con estertores crepitantes en ambos campos pulmonares, extremidades simétricas no edema.

A: Estable

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Gimnasia respiratoria
2. Drenaje postural

EVOLUCIÓN NOCTURNA MATERNIDAD

Fecha: 22/02/2016, hora 20:00

Paciente femenina de 29 años

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

Edema agudo de pulmón

S: Paciente al momento sin molestia

O: Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada. Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación. Saturación O₂: 90%.

A: Paciente estable

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Iguales indicaciones

EVOLUCIÓN NOCTURNA MEDICINA INTERNA

Fecha 22/02/2016, hora 21:00

Paciente femenina de 29 años de edad.

Al momento descansa tranquila no refiere molestia.

Frecuencia cardiaca: 73 por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Tensión arterial: 120/80 milímetros de mercurio.

Saturación O₂: 90% aire ambiente.

INDICACIONES

1. Continuar iguales indicaciones.

EVOLUCIÓN DIURNA MATERNIDAD

Fecha: 23/02/2016, hora 20:00

Paciente femenina de 29 años

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

Edema agudo de pulmón

S: Paciente al momento sin molestia

O: Paciente consiente, orientada, afebril, hidratada. Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación.

A: Paciente estable

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Alta
2. Referencia inversa a Centro de Salud Latacunga
3. Retiro de puntos en 2 días (25/02/216)
4. Cefalexina 500 miligramo vía oral cada 6 horas por 7 días

EVOLUCIÓN DIURNA MEDICINA INTERNA

Fecha: 23/02/2016 hora 09:00

Paciente femenina de 29 años de edad.

Días de hospitalización: 6

Diagnóstico:

Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico

Edema agudo de pulmón

S: Paciente al momento asintomática.
O: Paciente consciente, orientada, afebril.
Frecuencia cardiaca: 72 por minuto
Frecuencia respiratoria: 20 por minuto
Tensión arterial: 110/70 milímetros de mercurio.
Saturación O₂: 90% aire ambiente.
Mucosas orales: húmedas
Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos.
Pulmones: Murmullo vesicular conservado.
Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación.
Extremidades: simétricas, no edema
A: Estable
P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Suspender nebulizaciones.
2. Indicaciones de Cardiología

EVOLUCIÓN DIURNA CARDIOLOGÍA

Fecha: 23/02/2016, hora 09:30
Paciente femenina de 29 años de edad.
Días de hospitalización: 6
Diagnóstico:
Embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico
Edema agudo de pulmón
S: Paciente al momento descansa tranquila no refiere molestia.
Frecuencia cardiaca: 70 por minuto
Frecuencia respiratoria: 20 por minuto
Tensión arterial: 110/70 milímetros de mercurio.
Saturación O₂: 92% aire ambiente.
O: Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada.
Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos.
Pulmones: Murmullo vesicular conservado.

Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación.

Extremidades: simétricas, no edema

A: Estable

P: Indicaciones

INDICACIONES

1. Suspender furosemida y espironolactona.
2. Alta por Cardiología

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de una paciente femenina de 29 años de edad. Nace en Pujilí y reside en la Latacunga. Raza mestiza. Estado civil soltera. Instrucción secundaria completa. Ocupación comerciante. Grupo sanguíneo ORH+. Religión católica. Lateralidad diestra. Antecedentes Patológicos Personales: No refiere. Antecedentes Familiares: No refiere. Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: 12 años, ciclos menstruales regulares cada 28-30 días por 5 días, en moderada cantidad, inicio de vida sexual activa: 23 años, parejas sexuales 2, enfermedades de transmisión sexual: ninguna, planificación familiar: inyectable mensual por 2 años actualmente preservativos masculinos, paptest: nunca. Antecedentes Obstétricos: Gestas 3, partos 1, abortos 1, cesáreas 0, hijos vivos 1. Gesta 1 parto cefalovaginal a término sexo masculino sin complicaciones hace 6 años. Gesta 2 aborto diferido a las 10 semanas de gestación en el cual se realizó legrado hace aproximadamente 3 años. Gesta 3 actual, fecha de última menstruación desconoce, edad gestacional?

Acude al servicio de emergencia por presentar dolor abdominal desde hace aproximadamente 2 horas, de tipo cólico, 9/10, localizado en fosa ilíaca izquierda, además refiere náuseas que llegan al vómito por 3 ocasiones, razón por la cual acude a esta casa de salud. Al examen físico frecuencia cardíaca: 138 latidos por minuto; frecuencia respiratoria 38 por minuto; tensión arterial 80/60 mmhg; temperatura: 35 °C; saturación 90% aire ambiente. Paciente álgica, consciente, orientada, afebril, hidratado, con presencia de palidez generalizada. Corazón:

Ruidos cardíacos rítmicos, hiperfonéticos, taquicardicos. Pulmones: Murmullo vesicular conservado. Abdomen: Suave, depresible doloroso a la palpación a nivel de hemiabdomen inferior, ruidos hidroaéreos adecuados. Se solicita una biometría hemática con una impresión diagnóstica de dolor abdominal se indica tramadol 100 miligramos intravenoso en ese momento. Se realiza cambio de guardia en el servicio de emergencia por lo que paciente es nuevamente valorada por médico residente de emergencia, paciente continua con dolor abdominal intenso acompañado de sangrado genital escaso se indica solución salina 400 mililitros en bolo y 1000 mililitros cada 12 horas, ketorolaco 60 miligramos en ese momento, metoclopramida 10 miligramos cada 8 horas, solicitando eco abdominopelvic, elemental y microscópico de orina, biometría hemática y BHCG. Se realizan exámenes de laboratorio que reportan: leucocitos: 18.400 U/L, neutrófilos: 90%, linfocitos: 10%, hemoglobina 10 g/dl, hematocrito: 32%. BHCG cualitativa: positiva, TP 12 segundos, TTP 29 segundos. Ecografía de abdomen: reporta embarazo ectópico accidentado.

Cinco horas posterior a la ingreso a emergencia paciente es valorada por Ginecología y Obstetricia con resultado de exámenes quien decide ingreso a centro quirúrgico para laparotomía urgente e indica pasar 2 paquetes globulares, lactato ringer 400 mililitros en bolo y luego 1000 mililitros cada 8 horas. Una hora después se realiza laparotomía por embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico encontrándose sangrado libre en cavidad más coágulos aproximadamente 3000 mililitros, útero aumentado de tamaño (1.2-1.4x), anexo derecho características normales, complicaciones sangrado masivo en cavidad abdominal se indica monitorización estricta, lactato ringer 1000 mililitros intravenoso cada 8 horas, 4 paquetes globulares más 2 plasmas frescos congelados, furosemida después de pasar paquetes globulares, cefazolina 1 gramo intravenoso cada 8 horas, tramadol 1 ampolla intravenosa cada 8 horas, interconsulta a medicina interna para manejo de líquidos, control de hemoglobina, hematocrito, TP, TTP. Durante un periodo de 10 horas aproximadamente se le administra a la paciente una total de 9000 mililitros (cristaloides, haemacel,

paquetes globulares y plasmas frescos congelados), con una eliminación de 5000 mililitros (diuresis) se obtiene una retención de volumen de 4000 mililitros.

Se realiza valoración por Medicina Interna 10 horas después de solicitud de interconsulta quienes reajustan esquema de hidratación a dextrosa al 5% en solución salina 0,9%, 1000 mililitros intravenoso más 1 ampolla de cloruro de potasio cada 12 horas. Durante su estancia en el servicio de maternidad paciente presenta dificultad respiratoria y desaturaciones por lo que se solicita radiografía de tórax y valoración por Cardiología. 24 horas después es valorada por Cardiología quien diagnóstica edema agudo de pulmón, se indica restricción de líquidos parenterales, oxígeno a 4 litros por minuto, furosemida 40 miligramos intravenosos en ese momento, furosemida 20 miligramos cada doce horas a partir de la noche, espironolactona 100 miligramos vía oral cada día. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta 5 días después.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

Paciente adulta joven de 29 años, que refiere usar como método anticonceptivo inyectable mensual “mesigyna” por dos años, además presento un aborto diferido hace aproximadamente 3 años.

FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

Paciente vive a veinte minutos del Hospital Provincial General Latacunga, razón por la cual al momento de presentar su sintomatología acudió esta casa de salud.

FACTORES DE RIESGO ESTILOS DE VIDA Y SOCIALES

Paciente soltera la cual niega consumir alcohol, tabaco o drogas.

FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA

La atención para los pacientes que acuden al Hospital Provincial General Latacunga cuando ingresan al Hospital inicialmente se realiza el triaje y dependiendo de la gravedad de la patología ingresan a observación de emergencia posterior a lo cual son valorados por médico residente y de ser necesarios por médico especialista con un tiempo mínimo de espera de 2 horas.

ACCESO A LA ATENCIÓN

Paciente no acudió a una unidad de primer nivel de salud ya que cuando inicio su sintomatología el Centro de Salud Tipo C más cercano a su domicilio se encontraba cerrado porque la atención del mismo inicia a partir de las 8 de la mañana, razón por la cual fue atendida en unidad de segundo nivel como es el Hospital Provincial General Latacunga.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

La calidad de la atención a la paciente en primera instancia no tuvo un diagnóstico inicial adecuado de manera inmediata, basado en los signos y síntomas de la paciente, al realizar los exámenes complementarios identificaron un embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico por lo que fue valorada por el servicio de Ginecología quienes decidieron un tratamiento quirúrgico de emergencia, posteriormente paciente presento edema agudo de pulmón por lo cual se realizó interconsulta al servicio de Medicina Interna y Cardiología.

OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN

En este caso no se realizó remisión a una unidad de mayor complejidad, debido a que se supo controlar el cuadro.

TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

En el caso de la paciente no se realizó ningún trámite administrativo.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

RUTA DEL USUARIO

- ♣ Paciente no acude a Centro de Salud ya que al momento que presento la sintomatología no se encontraba en horas laborables ya que Centro de Salud es Tipo C.
- ♣ Ingreso por Emergencia al Hospital Provincial General Latacunga con la sintomatología descrita anteriormente.
- ♣ Incorrecta realización de la historia clínica de la paciente ya que no se realizó de manera detallada la anamnesis se debió insistir en la fecha de última menstruación y el examen físico nos pudo hablar de síntomas de abdomen agudo, que habrían ayudado a un diagnóstico oportuno del embarazo ectópico accidentado.
- ♣ Los exámenes solicitados son complementarios al diagnóstico inicial, pero en el caso de la paciente fueron estos los que dieron el diagnóstico no se tomó en las manifestaciones clínicas de la paciente para llegar a un diagnóstico clínico de abdomen agudo y shock hipovolémico razón por la cual no recibió un tratamiento inmediato.
- ♣ No se realiza una determinación adecuada del grado de shock en el cual se encuentra la paciente por lo cual no se dio un manejo oportuno y adecuado, ya que por la clínica de sus signos vitales se determina un shock hipovolémico moderado con un volumen sanguíneo de 1500-2000 mililitros que debió ser compensado con 4,500-6000 mililitros de soluciones cristaloides y paquete globular en la primera hora de estancia hospitalaria.
- ♣ En el protocolo operatorio ni en la nota post quirúrgica no se indica donde está ubicado el embarazo ectópico ni que procedimiento se realizó.
- ♣ Paciente es valorada por Medicina Interna para tratamiento de edema agudo de pulmón pero no se indica un tratamiento oportuno furosemida inmediatamente, se deriva paciente a cardiología, transcurriendo 24 horas para que paciente reciba tratamiento.

EMBARAZO ECTÓPICO

CONSIDERACIONES GENERALES

La fecundación del óvulo por el espermatozoide normalmente se lleva a cabo en el tercio externo de la trompa; el óvulo fecundado avanza hacia el útero por la trompa desarrollándose en divisiones celulares por 7 días, para como blastocito, implantarse en el endometrio; toda anidación diferente a la comentada es una gestación extrauterina.⁽¹⁾

DEFINICIÓN

El embarazo ectópico es la anidación y desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. En las últimas 3 décadas su incidencia ha aumentado, ha disminuido su morbimortalidad y es la primera causa de mortalidad en el primer trimestre de embarazo.⁽¹⁾

EPIDEMIOLOGÍA

Esta afección adquiere gran importancia ya que mundialmente continúa siendo un problema de salud pública, presentando una incidencia global del 0,82% del total de los partos registrados.⁽¹⁾ En el Ecuador según datos publicados por el INEC en el año 2014, el embarazo ectópico es la cuarta causa de muerte materna con un resultado de 6,02%.⁽²⁾

LOCALIZACIÓN

Su localización es tubárica en el 98,3% de los casos (ampular 70%; ístmica 12%; fímbrica 11,1%; intersticial 1,9%) y extratubárica en el 1,7% de ellos (corteza ovárica 3,2%; abdomen-superficie peritoneal 1,3%; cérvix-canal cervical 0,15%).⁽¹⁾

FACTORES DE RIESGO

Aunque la etiología del embarazo ectópico es multifactorial, hasta el 50% de las mujeres con embarazo ectópico no tienen riesgos identificables. Los riesgos para esta patología no son necesariamente independientes entre sí, y los reconocidos

tienen una variación en cuanto a tasa, que dependen de la población en particular. (Tabla N° 1).

TABLA N° 1. FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO

FACTORES DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
Cirugía tubárica previa	Infertilidad	Técnicas de reproducción asistida
Embarazo ectópico previo	Infecciones genitales previas (EPI)	Edad < 18 años
Esterilización	Tabaquismo	Edad > 35 años
Uso del DIU	Más de un compañero sexual	Duchas vaginales
Exposición intrauterina al DES	Patología tubárica documentada.	Antecedentes de abortos
		Anticonceptivos

El antecedente de un embarazo ectópico previo refleja la suma de todos los factores de riesgo conocidos y desconocidos. La patología tubárica es probablemente la vía común para un embarazo ectópico nuevo o recurrente. La alteración de la anatomía tubárica está fuertemente asociada con el embarazo ectópico y la infección es la causa más probable. Otras causas incluyen anomalías congénitas, endometriosis y cirugía. La inflamación de las trompas está presente hasta en el 90% de los embarazos ectópicos y es 6 veces más común en las trompas afectadas. Otro factor de riesgo es la falla en la esterilización tubárica, la cual depende de la técnica empleada, se cree que el uso de coagulación bipolar tiene un riesgo más elevado que otras técnicas. Según estimativos, cerca de un tercio de los fallos en la esterilización tubárica, independientemente de la técnica utilizada, resultan en embarazo ectópico.⁽³⁾

La probabilidad de embarazo ectópico en mujeres que utilizan DIU es una décima parte de las mujeres que no usan ninguna forma de planificación, sin embargo si una mujer se embaraza utilizando el DIU, la probabilidad de embarazo ectópico es generalmente más alta que en las mujeres que no usan anticonceptivos. Aunque la incidencia de embarazo ectópico con DIU es cercana al 14%, se ha encontrado

que los dispositivos con progesterona aumentan el riesgo, respecto a los de cobre que aparentemente tienen un riesgo mínimo.⁽⁴⁾

Las infecciones por *Chlamydia Trachomatis* y *Neisseria Gonorrhoeae* aumentan cuatro veces las posibilidades de embarazo extrauterino. Cada episodio sucesivo aumenta sustancialmente las probabilidades, debido al daño que se produce en la acción de los cilios, la obstrucción de las trompas y las adherencias pélvicas.⁽⁵⁾

El número de parejas sexuales en el transcurso de la vida, también se asocia con un aumento moderado del riesgo para embarazo ectópico; asimismo, el primer encuentro sexual antes de los 18 años de edad, amplía la probabilidad de múltiples parejas, y a su vez incrementa el riesgo de infección pélvica por *Chlamydia*, especialmente en mujeres menores de 25 años de edad, lo que a su vez, acrecienta las posibilidades de desarrollar embarazo ectópico.⁽⁷⁾

Un riesgo controlable es el tabaquismo, que es dosis dependiente, y se asocia con el deterioro progresivo de la movilidad de las trompas de Falopio, alteraciones de la inmunidad e incluso retrasos de la ovulación. Las alteraciones en la inmunidad probablemente predisponen a enfermedad pélvica inflamatoria y daños en las trompas.⁽⁶⁾

Las concentraciones de progesterona alteran la actividad del músculo circular de las trompas de Falopio. Una concentración elevada de progesterona, ya sea en las pacientes que usan anticonceptivos orales que solo contienen progesterona o DIU con solo progesterona, en teoría podría deteriorar el movimiento ciliar de las trompas y aumentar el riesgo de embarazo ectópico. Del mismo modo, se cree que los estrógenos tienen un impacto sobre la motilidad de las trompas. En contraste, los niveles subnormales de estrógenos, posteriores al ejercicio vigoroso y a la restricción dietética, han planteado la hipótesis de que puedan contribuir al aumento de las tasas de embarazo ectópico.⁽⁴⁾

Los datos sobre los factores de riesgo de embarazo ectópico en las mujeres que son sometidas a técnicas de reproducción asistida son inconsistentes. Cuestiones técnicas sutiles como el volumen de los medios de transferencia de embriones y el simple efecto gravitacional de la posición cabeza abajo, son mecanismos postulados para el embarazo ectópico en la fertilización in vitro (FIV). La inyección directa de los gametos o el cigoto en la trompa de Falopio, es decir la

transferencia de gametos o cigotos intratubárica, puede conducir a la implantación extrauterina. Las duchas vaginales regulares, pueden ser un indicativo de los intentos de eliminar los síntomas de irritación o flujo vaginal, que a su vez puede reflejar un mayor riesgo de infecciones pélvicas.⁽³⁾

La edad materna avanzada es considerada un factor de riesgo no controlable para embarazo ectópico, la incidencia más elevada se encuentra en el rango entre los 35-44 años de edad. La edad avanzada no parece ser el agente preponderante, más aún, se cree que la tasa elevada de embarazo ectópico en estas mujeres puede ser el reflejo de los factores de riesgo acumulados durante el tiempo, quizás los más relevantes pueden ser el aumento de las alteraciones cromosómicas, los cambios funcionales de las trompas de Falopio. Algunos autores plantean que existe una pérdida de la actividad mioeléctrica dentro de las trompas de Falopio a medida que la mujer envejece, en estas condiciones teóricamente un embrión podría terminar en la migración defectuosa y la implantación anormal.⁽⁷⁾

Las anomalías cromosómicas y anatómicas fetales se producen con la misma frecuencia en el embarazo ectópico e intrauterino, y por lo tanto, son causas probables de la implantación tubárica.⁽³⁾

Variables socio demográficas tales como la paridad, la ocupación, el estado civil, fueron analizadas en diferentes estudios latinoamericanos y concluyeron que hay mayor riesgo en mujeres con antecedente de abortos, embarazos ectópicos, pacientes que conviven en unión libre, trabajadoras independientes y quienes iniciaron vida sexual siendo muy jóvenes.⁽⁸⁾

ETIOLOGÍA

Está determinada por todos aquellos factores que impiden o dificultan la migración normal del huevo hacia la cavidad uterina. Se pueden distinguir entre:

FACTORES TUBULARES: Pueden ser debidos

- a) Enfermedad inflamatoria pélvica: Deterioran la actividad ciliar y la motilidad tubárica, y generan adherencias en la mucosa tubárica que conducen a la estenosis. Afecta al 11% de las mujeres en edad fértil, siendo Chlamydia Trachomatis el germen predominante.

- b) Cirugía tubárica contra la infertilidad y cirugía conservadora de ectópico previo.
- c) Cirugía tubárica para la esterilidad permanente, sobre todo si es por electrocoagulación.
- d) Endometriosis tubárica: Favorece la nidación precoz.
- e) Anomalías congénitas: Hipoplasias (observada en la exposición intraútero al dietilestilbestrol) o trompas excesivamente largas y tortuosas.
- f) Alteraciones funcionales del peristaltismo tubárico o de la actividad ciliar, debidas tanto a la hipocontractibilidad como al espasmo tubárico.⁽⁹⁾

FACTORES OVULARES: Aquellos que conducen a la:

- a) Nidación precoz del huevo, bien sea debido a huevos excesivamente pesados que maduran con rapidez y no pueden progresar, o al desprendimiento precoz de la capa pelúcida del huevo capacitando la implantación.
- b) Transmigración: Se ha sugerido la posibilidad de la hipermigración del huevo y su implantación en la trompa contralateral. En el 20% de los casos el cuerpo lúteo se encuentra en el ovario contralateral al de la implantación. Dicha hipermigración puede ser:
 - Hipermigración externa: Cuando la trompa homolateral está ocluida.
 - Hipermigración interna: Cuando el óvulo captado, es fecundado, alcanza la cavidad uterina y progresa hacia la trompa contralateral donde se implanta.
- c) Técnicas de Reproducción Asistida (TRA): De todos los embarazos clínicos resultantes de las TRA, el 5 – 5,7% fueron ectópicos y el 1% fueron embarazos heterotópicos (coexistencia simultánea de un embarazo ectópico y otro eutópico), debido a la hiperestimulación ovárica y a las implantaciones múltiples resultantes de la transferencia de varios embriones. Estas tasas incluyen todas las formas de TRA: fecundación in vitro (FIV), transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT) y transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT).⁽¹⁰⁾

Algunos autores afirman que la implantación ectópica está estrechamente ligada a la insuficiencia del cuerpo lúteo, y que esta insuficiencia es un factor patogénico común a muchas anomalías de la reproducción, entre ellas algunas cromosomopatías y abortos. La ovulación retrasada como causa de una hipermadurez preovulatoria se considera común denominador en la etiología de estas entidades. Según estas observaciones, se establecen dos modalidades etiopatológicas del embarazo ectópico: Ectópico enfermedad y Ectópico accidente.⁽¹⁰⁾

CLASIFICACIÓN

El embarazo ectópico puede clasificarse según su progresión, en:

1. Embarazo ectópico no accidentado: Gestación ectópica sin rotura tubárica ni compromiso hemodinámico materno.
2. Embarazo ectópico accidentado: Gestación ectópica con rotura tubárica con o sin compromiso hemodinámico materno.⁽¹¹⁾

Una vez implantado el huevo en la trompa, las vellosidades invaden rápidamente el endosalpinx, alcanzando la pared tubárica y el peritoneo. Esta penetración va acompañada de una proliferación vascular y de un hematoma peritubárico o hematosalpinx, que a menudo afecta la trompa contralateral, y que se propaga hacia el extremo distal de la trompa, entre la pared y la serosa. A partir de aquí, puede evolucionar hacia la ruptura tubárica provocando un embarazo ectópico accidentado. Las vellosidades son suficientes y enérgicas, pero el aumento de la presión intratubárica llega a dificultar el riego sanguíneo de la trompa, lo que produce necrosis tisular que conduce a la ruptura por corrosión vascular. Esta rotura suele acompañarse de hemorragia intensa, que da lugar al hemoperitoneo y al shock hipovolémico.⁽¹⁰⁾

SINTOMATOLOGÍA

La triada clásica de signos y síntomas se presentan en tan solo el 50% de las pacientes se incluyen historia de retraso del período menstrual seguido de

sangrado vaginal anómalo, dolor abdominal o pélvico y masa anexial dolorosa. Los síntomas se relacionan con la producción de un hematosalpinx secundario a la erosión trofoblástica de los vasos tubáricos que ocasiona la rotura de la estructura de anidación, con la hemorragia y dolor correspondientes; no obstante, el 40-60% de los casos de embarazo ectópico son asintomáticos por una reabsorción trofoblástica espontánea.⁽¹²⁾

Los síntomas más frecuentes se detectan ante la exploración abdominal: en el 90% de los casos se presenta sensibilidad palpatoria y signos de rebote positivo (principalmente ante un embarazo ectópico accidentado); las características del dolor abdominal dependen del momento evolutivo: 1) en las fases iniciales predomina en la parte inferolateral y es no intenso; 2) en la progresión gestacional hacia la rotura tubárica se hace más intenso, y 3) cuando dicha rotura está presente, el dolor correspondiente es agudo, severo.

El retraso menstrual suele estar presente, ser de corta duración y coincidir con el primer trimestre de la gestación (entre las semanas 7-10). La metrorragia es consecuencia de la privación en la estimulación hormonal endometrial (dicha estimulación propicia previamente el surgimiento de la decidua); suele ser escasa y de sangre oscura y recurrente; cuando es abundante y roja obliga a plantear el diagnóstico de un posible aborto.

El embarazo ectópico accidentado suele presentar un cuadro de dolor abdominal agudo acompañado de shock hipovolémico. El cuadro clínico se caracteriza por dolor intenso en hipogastrio o en fosa ilíaca que se irradia al epigastrio y al hombro. Se instaura un cuadro de abdomen agudo acompañado de palidez mucocutánea, hipotensión, taquicardia, lipotimia y shock hipovolémico si la hemorragia es severa o no se detiene.

La exploración general y las constantes vitales nos pueden revelar, la existencia de signos de anemia, su intensidad y el grado de estabilidad hemodinámica de la paciente. La exploración ginecológica revela la existencia de:

- a) Hipersensibilidad abdominal, que se da en el 80-95 % de las pacientes. El abdomen está blando, sensible, pero sin defensa refleja. Cuando hay hemoperitoneo, hay signos de matidez, sin signo de oleada.

- b) Hipersensibilidad anexial, en el 75-90 de los casos, y la movilización del cuello uterino suele ser dolorosa. Se puede percibir el Douglas ocupado y doloroso, cuando hay hematocele.
- c) Tumoración anexial palpable, en el 50% de las pacientes, pudiendo haber en el 20% de los casos, masa anexial en el lado contralateral al del ectópico, que suele corresponder a un quiste de cuerpo lúteo.
- d) Útero ligeramente aumentado, en el 20-30% de casos.⁽¹⁰⁾

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del embarazo ectópico se basa en los datos clínicos, los resultados analíticos en sangre y orina (test urinario de gestación, analítica general con hemograma, β -hCG en suero materno), estudio sonográfico (transvaginal y abdominal) y culdocentesis, junto a la inspección laparoscópica o laparotómica y el estudio histológico.⁽¹⁾

DATOS ANALÍTICOS

La β -hCG es una glucoproteína producida por el sincitiotrofoblasto placentario. Su función más conocida es el mantenimiento del cuerpo lúteo. Sus valores séricos habitualmente se elevan de forma progresiva hasta alcanzar un pico máximo a los 60-80 días de gestación. En un embarazo intrauterino normal los niveles de β -hCG se duplican cada 48-72 h, por lo que si su elevación es menor del 65% en un intervalo temporal de 48 h se considerará con alta probabilidad el diagnóstico de embarazo ectópico.

Los valores séricos de progesterona son útiles y complementarios a los de β -hCG en la valoración del embarazo ectópico, pues cuando son mayores de 25 ng/ml se relacionan con la presencia de un embarazo intrauterino en el 97,5% de los casos, y si son menores de 1,5-5 ng/ml, son indicativos de una gestación no viable, sea cual sea su ubicación.⁽¹³⁾

ESTUDIOS ECOGRÁFICOS

La ecografía suele ser útil para confirmar la sospecha clínica del embarazo ectópico, la cual, al facilitar el diagnóstico en las primeras fases evolutivas,

conduce a un apreciable descenso en la morbimortalidad por dicha afección. Si no se apreciase un embrión intrauterino y los niveles de β -hCG fuesen mayores de 6.500mUI/ml estaríamos ante un caso con alta sospecha de ser un embarazo ectópico.⁽¹⁴⁾

La ecografía transvaginal supone un gran avance en el diagnóstico del embarazo ectópico, al cual se puede llegar con seguridad cuando se observa una masa anexial que contiene un saco ovular típico con trofoblasto envolvente y con un embrión que muestra latidos cardíacos, lo cual sucede en el 20% de los casos.

Dada la escasa frecuencia de hallazgos de certeza, son útiles los signos ecográficos indirectos: 1) ausencia del saco gestacional en el endometrio (aunque su presencia intrauterina no descarta totalmente un embarazo ectópico, principalmente en los casos de reproducción asistida); 2) la imagen más frecuente es una masa anexial próxima al ovario, anexa al ligamento ancho y por fuera del contorno lateral del útero, visualizada en el 89% de los casos; 3) el movimiento independiente de dicha masa respecto del ovario, demostrado mediante una suave presión con el transductor ecográfico, lo cual está muy asociado a un embarazo ectópico y ayuda a distinguirla de un quiste exofítico en el cuerpo lúteo; 4) el anillo tubárico (el segundo dato más frecuente), consistente en un anillo hiperecoico rodeando la masa anexial, y 5) el patrón trilaminar, muy específico de gestación extrauterina, basado en el menor grosor endometrial. En un 26% de los casos los embarazo ectópico muestran una ecografía transvaginal normal.⁽¹⁴⁾

TRATAMIENTO

Tratamiento expectante

El tratamiento expectante se basa en el principio de que muchas gestaciones extrauterinas tempranas evolucionan hacia una reabsorción espontánea o hacia un aborto tubárico; está principalmente indicado en gestantes: 1) con embarazo ectópico pequeños (sin actividad cardíaca fetal; masa anexial menor de 2 cm de diámetro), 2) con niveles séricos de (β -hCG en descenso o menores de 1.000mUI/ml y de progesterona menores de 25ng/ml, 3) asintomáticas, 4) hemodinámicamente estables, 5) con deseo genésico, y 6) con la trompa de

Falopio íntegra; en dichas pacientes, seleccionadas con las características previas, la conducta expectante se asocia a una resolución espontánea del embarazo ectópico en el 64-98% de los casos, con un 78% de ellos en los que surge una posterior gestación intrauterina y un 15% con recidiva de la gestación extrauterina; el control de dicho tratamiento expectante no suele requerir hospitalización al ser evaluadas las pacientes por el ginecólogo mediante visitas periódicas cada 3-4 días; dicho manejo expectante se lleva a cabo en uno de cada 10 embarazo ectópico, y si los niveles de β -hCG permaneciesen estáticos o descendiesen escasamente, se debe plantear el subsiguiente tratamiento quirúrgico o médico.⁽¹⁾

Tratamiento médico

El tratamiento médico de la gestación ectópica consiste en la administración de sustancias que lisen el trofoblasto, ante la presencia de una gestante con: un embarazo ectópico no complicado, hemodinámicamente estable, función hepática y renal normales, masa anexial de pequeño tamaño y niveles de β -hCG menores de 5.000 mUI/ml; los fármacos pueden emplearse por vía sistémica (MTX, actinomicina D), o tópica (MTX, prostaglandinas, glucosa hiperosmolar, cloruro potásico, RU-486). El fármaco más utilizado en esta afección es el MTX, pues los restantes fármacos previos son considerados menos eficaces y usualmente no son empleados; dicho antimetabolito es un antagonista del ácido fólico, por lo que inhibe la síntesis de purinas y pirimidinas y, por consiguiente, bloquea la producción de ADN y la proliferación celular; sus efectos secundarios pueden ser: dolor abdominal (súbito, controlable con analgésicos, y debido al sangrado intratubárico farmacológico), estomatitis, conjuntivitis, gastroenteritis, depresión de la médula ósea, hepatopatía y fotosensibilidad; es el tratamiento de elección en caso de embarazo ectópico tubárico, cervical y abdominal. Cuando el MTX se administra de forma sistémica por vía im puede ser mediante un régimen de dosis múltiple fija (a 1 mg/Kg de peso corporal, combinado con ácido folínico o leucovorina para reducir su toxicidad), o bien un régimen de dosis variable; dicha vía es más empleada actualmente respecto a la local, al ser más factible su administración y menos dependiente de las habilidades del médico; la vía local

consiste en la inyección de MTX dentro del saco gestacional de forma transvaginal guiados por medio de la imagen ecográfica o de la visión laparoscópica. En las gestantes que han recibido MTX, la tasa de éxito terapéutico es del 87%, la de permeabilidad tubárica del 81%, la de embarazo posterior del 61% y la de embarazo ectópico posteriores a dicha terapéutica del 7,8%; en dichas pacientes, durante los 3 meses siguientes a la administración de MTX, debe evitarse la gestación por el riesgo de teratogenicidad.⁽¹⁾

Tratamiento quirúrgico

En las últimas 3 décadas ha predominado la cirugía conservadora debido al diagnóstico más precoz de dicha afección y de sus complicaciones agudas, prevaleciendo la salpingostomía con conservación de la trompa, inicialmente mediante una laparotomía, y actualmente con predominio de la laparoscopia (aunque a veces es requerida la práctica laparotómica). Las condiciones para dicha cirugía conservadora son: integridad tubárica (o una rotura mínima), estabilidad hemodinámica, localización ístmica o ampular, presentar dicho embarazo ectópico un tamaño menor de 5 cm, y presencia en la embarazada de deseos de conservar la capacidad reproductiva; dicha técnica quirúrgica consiste en la realización de una incisión lineal en el borde tubárico antimesentérico, seguida de la aspiración y eliminación de la gestación extrauterina, sin solerse practicar la sutura de dicha incisión.

Tras la salpingostomía son necesarios los controles semanales de β -hCG hasta que sus valores se negativicen, pues si se estabilizasen o ascendiesen habría de ser suplementada dicha cirugía con la administración de MTX vía intramuscular, pues el trofoblasto que aún persista sigue proliferando.

El objetivo principal de la salpingostomía es la preservación de la integridad tubárica, para lo cual son requeridos un diagnóstico y la aplicación de un tratamiento lo más precoces posibles.

Según los resultados de la β -hCG y de la ecografía, la gestación extrauterina puede dividirse en los grupos: 1) embarazo ectópico no activo o no evolutivo: suele ser tratado de forma expectante; 2) embarazo ectópico con moderada actividad biológica: está indicada la terapéutica conservadora, médica o

quirúrgica, y 3) embarazo ectópico con actividad biológica alta: requiere un tratamiento quirúrgico radical, es decir, una salpingectomía.⁽¹⁾

COMPLICACIONES

La complicación más común es la ruptura de la trompa provocando una hemorragia en la cavidad abdominal que puede ser gradual o rápida, en cuyo caso puede llegar a producir shock hipovolémico comprometiendo la vida de las pacientes.⁽¹⁵⁾

SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO

CONSIDERACIONES GENERALES

El término shock se utiliza en la práctica clínica para denominar a la insuficiencia circulatoria que ocasionalmente se desarrolla durante la evolución de diferentes patologías y cuya aparición se asocia a una elevada mortalidad.

Podríamos definirlo como un estado patológico asociado a determinados procesos, cuyo denominador común es la existencia de hipoperfusión e hipoxia tisular en diferentes órganos y sistemas, que de no corregirse rápidamente produce lesiones celulares irreversibles y fracaso multiorgánico, en este caso causado por una hemorragia obstétrica.⁽¹⁶⁾

HEMORRAGIA DE CAUSA OBSTÉTRICA

Aquella que determina una pérdida excesiva de sangre de generalmente superior a 500 cc de sangre.

HEMORRAGIA MASIVA

Es la pérdida de más del 50% del volumen sanguíneo en menos de 3 horas, o una pérdida mayor de 150 ml/minuto en 20 minutos.⁽¹⁷⁾

TABLA N° 2. CLASIFICACIÓN DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO

Perdida de volumen sanguíneo % y ml (mujer 50-70 kg)	10-15% 500-1000	16-25% 1000-1500	25-35% 1500-2000	>35% 2000-3000
Sensorio	Normal	Normal, agitada	Agitada	Letárgica, inconsciente
Perfusión	Normal	Palidez, frialdad	Palidez, frialdad, sudoración	Palidez, frialdad, sudoración, llenado capilar > 3 seg
Pulso (lpm)	60-90	91-100	101-120	> 120
PA sistólica (mmhg)	Normal	80-90	70-80	< 70
Grado de shock	Compensado	Leve	Moderado	Severo
Cristaloides a infundir en 1 hora	Ninguno	3000-4500	4500-6000 + paquete globular	> 6000 + paquete globular (3:1)

MANEJO DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTETRICO**CLAVE ROJA**

Minuto Cero (0 minutos)

1. Todo el equipo de salud que atiende a la paciente obstétrica debe estar familiarizado con los signos clínicos de shock hemorrágico.
2. El grado de shock lo establece el peor parámetro encontrado (basado en la clasificación de Baskett) Ante Signos de shock y/o cálculo de sangrado superior a 1000ml ACTIVE LA CLAVE ROJA.

3. Activar al servicio de laboratorio y banco de sangre (donde sea disponible).
4. Alertar al servicio de transporte ambulancia por si la necesidad es de transferencia.⁽¹⁷⁾

De 1 a 20 minutos

1. El equipo debe colocarse en sus posiciones asignadas, para realizar las funciones establecidas.
 - a) Activar la Clave Roja
 - b) Colocación del traje anti shock no neumático si la unidad lo tuviera.
 - c) Examen físico completo de la madre, más evaluación de vitalidad fetal (no aplica en posparto) con auscultación o empleo de doppler fetal si dispone.
 - d) Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N° 18.
 - e) Proporcione oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o anula nasal a 4 litros por minuto en caso de haber mascarilla.
 - f) Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección Suministre oxígeno, mascara o Venturi 10 litros /minuto o cánula nasal 4 litros /minuto
 - g) Mantenga temperatura corporal
 - h) Tome muestra para exámenes: Biometría hemática con contaje de plaquetas, TP-TTP, grupo sanguíneo y factor Rh, fibrinógeno. (Realice la prueba de coagulación junto a la cama)
 - i) Inicie bolo de cristaloides de 500 ml cada 30 minutos y valore luego de cada 500 ml infundidos, ya que la reposición de la volemia es adecuada si se cumplen los 4 siguientes requisitos:
 - Presión arterial sistólica igual o mayor a 90 mmHg.
 - Diuresis mayor a 30 ml por hora o mayor o igual a 0.5 ml/kg/h.
 - Temperatura mayor a 35° C
 - Llenado capilar en las uñas menor de 3 segundos.
 - Sensorio normal y pulso radial presente.
 - j) Al normalizar todos los parámetros anteriores se debe suspender los bolos de 500 ml de soluciones cristaloides y continuar una infusión

intravenosa a una velocidad de 42 gotas por minuto o 125 ml/h en bomba de infusión continua si es posible.

- k) Si no hay respuesta adecuada en signos vitales con los primeros 3.000 ml considerar pérdida mayor del 20% y Suministrar sangre ABO Rh específica, idealmente con pruebas cruzadas.
- l) Revalúe respuesta y proceda de acuerdo a la tabla N° 3
- m) Si el shock es grave iniciar dos unidades de glóbulos rojos idealmente O RH-. ⁽¹⁸⁾

TABLA N° 3. PARÁMETROS DE EVALUACIÓN DE RESPUESTA EN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA A LOS 20 MIN.

Parámetros de evaluación	Respuesta rápida	Respuesta transitoria	No respuesta
Signos vitales, las metas son: PAS >90 mmhg, sensorio normal, pulso radial firme,	Retornan a lo normal	Hipotensión recurrente (PAS <90 mmhg), sensorio comprometido, Pulso radial leve, taquicardia	Permanecen anormales o no se consiguen metas en ningún momento
Perdida sanguínea estimada (% del volumen circulante o ml)	10-25% o 500-1500 ml (shock compensado o leve)	26-40% o 1500-2000 ml (shock moderado)	>40% o >2000 ml (shock severo)
Cristaloides adicionales	Improbable	Si	Si
Necesidad de transfusión	Poco probable casi siempre no necesita	Probablemente (paquete globular de emergencia)	Inmediatamente (paquete globular de emergencia)
Preparación de la transfusión	Sangre tipo específica con pruebas cruzadas	Paquete globular de emergencia tipo específica sin	Inmediato paquete globular O- u O+, plasma fresco

	(45-60 ml/min)	pruebas cruzadas. En caso de no disponer: usar O- u O+	congelado O- u O+, plaquetas o Rh compatibles
--	----------------	---	---

Tiempo 20 A 60 minutos: Tratamiento dirigido

1. Si el shock es grave suministre sangre ABO Rh específica, idealmente con pruebas cruzadas. En caso de demora de pruebas cruzadas administrar 2 paquetes de Glóbulos Rojos O negativo.
2. Infusión de líquidos intravenosos a una velocidad de 50 gotas por minuto o 150 ml/h en bomba de infusión continúa si es posible.
3. Continuar actividades de hemostasia.
4. Evalúe la respuesta. (tabla N° 3).
 - Sensorio, perfusión, pulso, presión arterial, eliminación urinaria, temperatura, frecuencia respiratoria.
5. Si persiste la hipotensión, revalúe volemia, y considere soporte inotrópico y vasopresor.
6. Si persiste con hipotensión a pesar de la reposición de líquidos, considerar inotrópicos o vasoactivos.
 - Dopamina 200 mcg en 500 cc de solución salina, iniciar a 6 µg/kg/min.
7. Considere necesidad de cirugía o terminación del embarazo de acuerdo al caso.⁽¹⁷⁾

TABLA N° 4. SOPORTE FARMACOLÓGICO PARA EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

	FÁRMACO	DOSIS	EFEECTO
Agentes Inotrópico	Dopamina	1-3 µg/kg/min	Vasodilatación Aumento de la función renal
		2-10 µg/kg/min	Aumenta la frecuencia cardíaca y la fracción

			de eyección
	Dobutamina	2-10 µg/kg/min	Aumenta la frecuencia cardíaca y la contractilidad
Agentes Vasopresores	Norepinefrina	1-4 µg/kg/min	Vasoconstricción periférica
	Epinefrina	1-8 µg/kg/min	Vasoconstricción periférica

Tiempo 60 minutos: Manejo avanzado

1. Disponer de quirófano, hemoderivados, unidad de cuidados intensivos
2. Monitoreo continuo de signos vitales y estado de conciencia
3. Mantener infusión de líquidos
4. Manejo por hematología, ginecología, intensivista
5. Reevaluar tiempos de coagulación, fibrinógeno, dímero D
6. Realizar Gasometría
7. Si Plaquetopenia $\leq 50.000/\text{ml}$: reponer plaquetas, cada unidad de 50 ml aporta 5000-8000 plaquetas/ml.
8. Si TP /TTP son mayores a 1.5 veces, utilizar plasma fresco congelado, dosis 12-15 ml/kg.
9. Si fibrinógeno menor a 100 mg/dl o TP/TTP no se corrige con el plasma, administrar crioprecipitado, dosis 2ml/ kg.
10. Inicie sangre A, B, O RH específicas con pruebas cruzadas
11. Conserve el volumen circulatorio
12. Mantenga actividades de hemostasia
13. Evalúe necesidad de cirugía
14. Evalúe necesidad de unidad de cuidados intensivos
15. No cuenta con UCI TRANSFIERA.⁽¹⁸⁾

SOLUCIONES CRISTALOIDES

Se emplean habitualmente las soluciones salina fisiológica (CINa 0,9%) y el Ringer Lactato. Son soluciones baratas, pero con algún efecto secundario, ya que

rápidamente difunden al espacio extravascular, por ello se requieren grandes volúmenes para conseguir una volemia adecuada. Recientemente se han empleado soluciones salinas hipertónicas (7,5%) en el tratamiento del shock hipovolémico, con mejoría en los parámetros hemodinámicos, requiriéndose volúmenes mucho más pequeños; sin embargo, ningún estudio ha demostrado que el suero salino hipertónico logre una disminución de la mortalidad y que su utilización no está exenta de complicaciones, en el momento actual no se recomienda su uso.⁽¹⁹⁾

SOLUCIONES COLOIDES

Su ventaja es que expanden la volemia con un menor aporte. El coloide natural por excelencia es la albúmina. Sin embargo las soluciones coloides más empleadas son sintéticas:

Dextranos: son polisacáridos de alto peso molecular (PM), formados por polímeros de glucosa. Se comercializan en dos formas: dextrano-70 y dextrano-40. Los principales inconvenientes de los dextranos son su capacidad antigénica, por lo que pueden provocar reacciones anafilácticas severas.

Gelatinas: Son compuestos obtenidos de la hidrólisis del colágeno bovino; producen una expansión de volumen del 80-100% de la cantidad infundida.

Almidones: Son derivados sintéticos de la amilopectina; son muy buenos expansores y producen una expansión volémica de un 150% del volumen infundido.⁽¹⁹⁾

HAEMACCEL

Solución coloidal al 3,5% para Infusión como sustituto del volumen plasmático.

Composición: 1000 ml de solución contienen: Polipéptidos de gelatina degradada unidos por puentes de urea (origen: huesos de bovino) 35 g (corresponden a 6,3 g de nitrógeno) mmol g Iones de cloruro 145 5,14 Iones de potasio 5,1 0,20 Iones de calcio 6,25 0,25 Iones de sodio 145 3,33 Trazas de iones fosfato y de iones sulfato. Además, polipéptidosaniónicos hasta alcanzar el estado isoiónico. Agua para inyecciones c.s.p. 1000 ml

Indicaciones: Haemacel es un medio de sustitución del plasma usado en la reposición de volumen para compensar o evitar una insuficiencia circulatoria

producida por un déficit del volumen plasmático o sanguíneo absoluto (por ej., por hemorragias) o relativo (por ej., por desplazamiento del volumen plasmático entre los compartimentos del sistema circulatorio).⁽¹⁹⁾

PRINCIPIOS GENERALES PARA TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA

PAQUETE DE GLÓBULOS ROJOS

Considerar transfusión si la pérdida es mayor del 30% y está causando inestabilidad hemodinámica, o la pérdida se calcula mayor de 1500ml con sangrado activo.

Se recomienda por cada 4 unidades de paquetes globulares transfundidos administrar 1 g de gluconato de calcio, debido que la hipocalcemia puede aumentar la mortalidad hospitalaria por la disminución de fibrinógeno, el desarrollo de acidosis, o la disminución de plaquetas.⁽²⁰⁾

PLAQUETAS

Las indicaciones en la paciente obstétrica con sangrado activo la transfusión de está indicada para mantener el conteo por encima de 50.000/ mm³. Si es necesario cirugía se debe mantener entre 80- 100.000/mm³. Cada unidad de plaquetas incrementa el nivel de 5.000 a 10.000 plaquetas/mm³.⁽²⁰⁾

PLASMA FRESCO CONGELADO

Contiene todos los factores de la coagulación y proteínas de la sangre total. Las indicación son: reemplazar los factores de la coagulación en hemorragia masiva, coagulación intravascular diseminada (CID) y reversar el efecto de la warfarina, TP y/o TPTa 1,5 veces el valor normal. Se debe utilizar plasma tipo específico, pero no es necesario realizar pruebas cruzadas ni tiene que ser Rh específico.⁽²¹⁾

CRIOPRECIPITADOS

Las indicaciones de administración de crioprecipitados cuando el Fibrinógeno < 100 mg/dl, si el TP y el TTP no corrigen con la administración adecuada de plasma fresco congelado. Cada bolsa de crioprecipitado de 15 a 20 ml. contiene 200 a 300 mg de fibrinógeno y 100 unidades de factor VIII, von Willebrand, XIII y fibronectina. La dosis es 1-2 ml/k.⁽²¹⁾

EDEMA AGUDO DE PULMÓN

CONCEPTO

El edema pulmonar se define como la extravasación anormal de líquido en el compartimento extravascular del pulmón, estos eventos obstaculizan la adecuada oxigenación sanguínea y por ende conllevan a la hipoxia tisular.⁽²²⁾

ETIOLOGÍA

Frecuentemente, veremos que las mujeres presentan múltiples etiologías coincidentes, lo que nos hace dificultosa la identificación del verdadero factor causal o precipitante.

Las causas atribuibles más comunes de edema agudo de pulmón son:

- Uso de tocolíticos: 25,5%.
- Enfermedad cardíaca subyacente: 25,5%.
- Sobrecarga hídrica: 21,5%.
- Preeclampsia: 18%.⁽²²⁾

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El inicio del edema agudo de pulmón suele ser brusco, con síntomas promisorios como la disnea paroxística, o bien la ortopnea. Generalmente presentan tos, taquipnea y sibilancias, cuando la congestión alveolar ocupa más de dos terceras partes del árbol bronquial, la tos se acompaña de expectoración «asalmonada» y estertores crepitantes, vasoconstricción generalizada con palidez cutánea, cianosis central y periférica, así como sudoración profusa. La presión arterial suele encontrarse elevada como consecuencia del aumento del tono simpático; hay taquicardia, taquipnea, hipoxemia, se observa tiraje intercostal y supraclavicular,

puede encontrarse ritmo de galope ventricular, soplo sistólico por regurgitación mitral aguda.⁽²³⁾

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es eminentemente clínico, ya que las manifestaciones suelen no confundirse con otras entidades y sobre todo lo caracteriza la rápida instalación y progresión.⁽²⁴⁾

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Los exámenes pertinentes, el electrocardiograma para documentar posibles arritmias o infarto agudo del miocardio y la radiografía simple de tórax que muestra imágenes de un patrón alveolar con distribución parahiliar llamado en “alas de mariposa”, puede o no haber cardiomegalia, edema intersticial con líneas B de Kerley que son los septos interlobulillares visibles por la congestión y que se observan como líneas rectas, cortas y horizontales en los senos costofrénicos; líneas A de Kerley que son líneas rectas, que apuntan al hilio pulmonar.⁽²⁴⁾

Otros exámenes básicos de sangre incluyen: biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático, examen general de orina y gasometría arterial e índice de Kirby, o complementarios que incluyen al ecocardiograma, ya que éste puede descartar la existencia de alteraciones estructurales agudas o preexistentes, la medición del péptido natriurético auricular, el monitoreo de las presiones pulmonares y cardíacas a través de la instalación de un catéter de flotación de la arteria pulmonar permite establecer si el origen es cardiogénico o no cardiogénico (de alta presión o de baja presión).⁽²⁴⁾

TRATAMIENTO

El manejo terapéutico de esta grave complicación tiene tres objetivos:

1. Disminuir la presión venocapilar.
2. Mejorar la ventilación pulmonar.
3. Tratamiento de la enfermedad causal.⁽²⁵⁾

Medidas que disminuyen la hipertensión venocapilar.

- a) Sentar al paciente al borde de la cama con las piernas pendientes para disminuir el retorno venoso al corazón.
- b) Nitroglicerina por vía sublingual o endovenosa. La administración de este fármaco tiene un poderoso efecto venodilatador que reduce drásticamente el retorno venoso y la congestión pulmonar. En caso necesario puede utilizarse de manera endovenosa según la severidad del cuadro.
- c) La administración intravenosa de furosemida a razón de 20 a 60 mg. promueve con gran rapidez la movilización de líquidos del intersticio pulmonar hacia el riñón, por lo que reduce con gran eficiencia la congestión pulmonar. e) Nitroprusiato de sodio. Este poderoso vasodilatador mixto se administra por vía intravenosa a razón de 0.3 a 0.8 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$. Cuando el edema agudo del pulmón es consecutivo a insuficiencia ventricular izquierda por crisis hipertensiva. En estos casos, esta medida es de elección para el tratamiento del edema pulmonar. El efecto arteriodilatador reduce significativamente la poscarga y con ello mejora la función ventricular y el gasto cardíaco, y por otro lado, el efecto venodilatador reduce el retorno venoso al corazón y la congestión pulmonar.⁽²⁵⁾

Medidas que mejoran la ventilación pulmonar.

- a) Administración de oxígeno mediante puntas nasales a razón de 4 litros por minuto.
- b) Aminofilina 250 mg. muy lenta por vía IV; su efecto broncodilatador mejora la ventilación pulmonar así como su efecto diurético potencia la acción de la furosemida. (Está muy debatido su uso actualmente).⁽²⁵⁾

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Elaboración de historia clínica detallada	Capacitación para la realización de historia clínica que abarque toda la información necesaria para llegar al diagnóstico.	Corto plazo	Dirección médica. Médicos Residentes e Internos Rotativos de Medicina	Jefes de servicio
Determinación oportuna del embarazo ectópico accidentado	Capacitación continua sobre la determinación oportuna del embarazo ectópico	Corto plazo	Médicos tratantes, Médicos residentes e Internos rotativos	Jefes de servicio de Ginecología y Emergencia.
Diagnóstico clínico y manejo adecuado del shock hipovolémico	Conocimiento y aplicación de protocolos para el manejo del shock hipovolémico	Corto plazo	Médicos tratantes, Médicos residentes, Médicos de anestesiología e Internos rotativos	Jefes de servicio de Ginecología, Anestesiología y Emergencia.
Interconsultas oportunas	Identificar factores de riesgo para una	1 mes	Médicos tratantes jefes de servicio	Jefes de servicio

	oportuna valoración por especialidad.			
--	---	--	--	--

PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Una vez hecho el diagnóstico de embarazo ectópico, el tratamiento debe iniciarse inmediatamente. En el manejo inicial es fundamental determinar la evolución tomando en cuenta las manifestaciones clínicas de la paciente del paciente en este caso tratándose de un embarazo ectópico accidentado acompañado de compromiso hemodinámico, por lo cual la determinación del grado de shock hipovolémico es fundamental para brindar un soporte hemodinámico adecuado, se recomienda aplicar desde el inicio los protocolos estipulados por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador para el manejo de la hemorragia obstétrica. En el caso de paciente inestable el tratamiento es siempre quirúrgico, se procede a una laparotomía urgente, previa estabilización hemodinámica, cuando se presentan datos de ruptura tubárica con shock hipovolémico se recomienda la cirugía de tipo radical en este caso la salpingectomía.

V. CONCLUSIONES

- ✓ Los factores riesgo que se asocian con mayor riesgo de desarrollar un embarazo ectópico en la paciente son uso de anticonceptivos, aborto diferido anterior.
- ✓ La incorrecta realización de la historia clínica y el tiempo inapropiado de espera de los exámenes complementarios como la BHCG y la ecografía abdominal llevaron a que haya un diagnóstico tardío del embarazo ectópico accidentado y como consecuencia al shock hipovolémico.
- ✓ Los exámenes solicitados son complementarios al diagnóstico inicial, pero en el caso de la paciente fueron estos los que dieron el diagnóstico no se tomó en las manifestaciones clínicas de la paciente para llegar a un diagnóstico clínico de abdomen agudo y shock hipovolémico razón por la cual no recibió un tratamiento inmediato.

- ✓ No se realiza una determinación adecuada del grado de shock en el cual se encuentra la paciente por lo cual no se dio un manejo oportuno y adecuado, ya que por la clínica de sus signos vitales se determina un shock hipovolémico moderado con un volumen sanguíneo de 1500-2000 mililitros que debió ser compensado con 4,500-6000 mililitros de soluciones cristaloides y paquete globular en la primera hora de estancia hospitalaria.
- ✓ Se analizó el manejo al que fue sometida la paciente encontrándose que se tardó la acción terapéutica por parte del personal médico y no se dio un buen seguimiento después de la compensación del shock hipovolémico.
- ✓ Pese a los avances científicos en materia de diagnóstico, prevención y tratamiento de esta patología se sigue dejando pasar inadvertido pacientes de esta índole, ya sea por suspicacia al momento de la atención, tardanza en la derivación hacia áreas de mayor resolución, o quizá por falta de herramientas diagnósticas que nos permitan llegar a un análisis concreto de manera rápida y oportuna.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrasom. Lactato clearance in Hipovolem shock. 2013. (16)
- Addi M, Cuadri J, Navarro J. Embarazo Ectópico. CEUTA. 2011; 15. (10)
- Ayaz A, Emam S, Farooq MU. Clinical course of ectopic pregnancy: A single-center experience. J Hum Reprod Sci. 2013;6:70-3. (12)
- Barnhart KT. Embarazo ectópico. Centro Internacional de entrenamiento. 2011 (11)
- Berlango Jiménez, A.; Jiménez Murillo, L. ; Montero Pérez, FJ. Edema Agudo de Pulmón Cardiogenico. En: Jiménez Murillo, L.; Montero Pérez, FJ. Eds. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y protocolos de actuación 4ªed. ELSEVIER 2010. p. 158-161. ISBN: 978-84-8086-469-5 (25)
- Gamero Donis, D.; Cebrian Patiño, E.; Camino López, A. Insuficiencia Cardiaca. Edema Agudo de Pulmón. En: Moya Mir, MS.; Piñera Salmerón, P.; Mariné Blanco, M. Tratado de Medicina de Urgencias. ERGON 2011. p. 516-532. ISBN: 978-84-8473- 848-3. (24)
- Guerrero E, Rivas R, Martínez I. Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico. Ginecología y Obstetricia de México. 2014. (4)
- Hernández J, Valdés M, Torres A. Risk Factors Associated with Ectopic Pregnancy. Medisur. 2014. (7)
- INEC. Instituto Nacional Ecuatoriano de Estadísticas y Censo. [Online]; 2014 [cited 2015 12 20. Available from: [HYPERLINK www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec) (2)
- Jiménez Moral G, Sánchez Ortega R, Fonseca del Pozo FJ. Emergencias Cardiovasculares. En: Fonseca del Pozo FJ. Manual de Urgencias para Médicos de Atención Primaria. Módulo I. Urgencias frecuentes. Luzan S.A. Madrid.2012. 49-66. ISBN: 978-84-7989-694-2. (23)
- Li C, Meng CX, Zhao WH, Lu HQ, Shi W, Zhang J. Risk factors for ectopic pregnancy in women with planned pregnancy: a case-control

- study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015. (6)
- López L, Bergal M, López O. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Semergen*. 2014 febrero 14. (1)
 - Marion LL, Meeks GR. Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol*. 2012 Jun; 55: 376–86 (3)
 - MCDERMID RC, Stelfox HT, Bagshaw SM. Frailty in the critically ill: a novel concept. *Critical Care* 2011; 15: 301-5. (19)
 - Mejía L. Fisiopatología choque hemorrágico. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2014. (15)
 - Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Score Mama, Claves y D.E.R. obstétricos, Protocolo. Quito: Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna. 2016. (17)
 - Norr N, Bano I, Parveern S. Heterotopic pregnancy with successful pregnancy outcome. *J Hum Reprod Sci*. 2012;5:213-4. (14)
 - Optimizing Protocols in Obstetrics series S2A. Management of Obstetric Hemorrhage. October- 2012. (20)
 - Rausch ME, Barnhart K. Serum biomarkers for detecting ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 2012;55:418-23. (13)
 - Rodríguez Y, Altunaga M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2010; 36: 36-43. (8)
 - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Green-top Guideline No. 47.. May-2015. (21)
 - Ruiz-Velasco V. Manejo actual del embarazo ectópico en la paciente estéril y en la que se desea conservar su fertilidad futura. Actualización. *Prog Obstet Ginecol*. 2010; 53:351 -63. (9)
 - Schlosshan D, Elliott M. prognostic indicators in patients presenting with acute cardiogenic pulmonary edema treated with CPAP: it's not the acid that matters, it's back to basics. *Crit Care*. 2010;14:1009. (22)

- Shaw JL, Dey SK. Current knowledge of the etiology of human tubal ectopic pregnancy. *Hum Reprod Update*. 2010 Jul-Aug; 16: 432–44. (5)
- Vélez-Álvarez, Gladis Adriana CÓDIGO ROJO: GUÍA PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 60, núm. 1, 2010, pp. 34-48 (18)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

- Ali A, Abdallah. Diagnosis of Ruptured Ectopic Pregnancy is still a Challenge in Eastern Sudan. *Proquest*. 2011 Dec 15; p. 3.
- Bekima M, Overton C. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Proquest*. 2013 Mar 4.
- McQueen A. Ectopic pregnancy: risk factors, diagnostic procedures and treatment. *Proquest*. 2011 May 18; p. 10.
- Noell D, Delke I, Hill W. Ectopic Pregnancy Mortality - Florida, 2009-2010. *Proquest*. 2012 Feb; p. 4.
- Restrepo G. Endometriosis e infertilidad. *Proquest*. 2011 Mar 25; p. 12.