



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

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**

**“SHOCK HIPOVOLÉMICO POR ADENOCARCINOMA  
PATRÓN ENDOMETROIDE INFILTRANTE”**

Requisito previo para optar para Título de Médico

**Autor:** Valle Brito, Patricio Rodrigo

**Tutora:** Dra. León Baquero, Érica Fernanda

**Ambato-Ecuador**

**Febrero 2017**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre Análisis de caso clínico sobre el tema: “**SHOCK HIPOVOLÉMICO POR ADENOCARCINOMA PATRÓN ENDOMETROIDE INFILTRANTE**” de Valle Brito Patricio Rodrigo, 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, Diciembre del 2016

## **LA TUTORA**

.....  
Dra. León Baquero, Érica Fernanda

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**SHOCK HIPOVOLÉMICO POR ADENOCARCINOMA PATRÓN ENDOMETROIDE INFILTRANTE**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Diciembre del 2016

## **EL AUTOR**

.....  
Valle Brito, Patricio Rodrigo

## **DERECHOS DE AUTOR**

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

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

Ambato, Diciembre del 2016

## **EL AUTOR**

.....  
Valle Brito, Patricio Rodrigo

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“SHOCK HIPOVOLÉMICO POR ADENOCARCINOMA PATRÓN ENDOMETROIDE INFILTRANTE”** de Patricio Rodrigo Valle Brito, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Febrero del 2017

Para constancia firman:

PRESIDENTE/A

.....

1<sup>er</sup> VOCAL

2<sup>do</sup> VOCAL

.....

.....

## **DEDICATORIA**

*A Papito Dios A Mí Virgencita De Agua Santa que han guiado cada paso de mi vida y me han dado la sabiduría para culminar esta meta. Mediante y después de años de estudio, dedicación y esfuerzo, en el que ha sido fundamental el apoyo de toda mi familia, me permito dedicarles este bello logro a ustedes, por ser el pilar fundamental de mi carrera profesional. Se los dedico a ustedes por estar siempre en el camino de mi vida y nunca dejarme caer en los momentos más difíciles de mi carrera y brindarme el apoyo la confianza, y me ayudaron a que esta maravillosa meta se cumpliera.*

*Rodrigo Valle*

## AGRADECIMIENTO

*Mi más sincero agradecimiento a papito Dios por darme a toda mi familia, amigos, colegas, por estar siempre en los momentos difíciles y por su apoyo siempre incondicional.*

*Quiero agradecer a mis padres Juana Brito y Ángel Valle gracias a su infinita confianza, han sido el pilar fundamental y los guías de mi vida, para poder completar esta hermosa logro.*

*A mi abuelita la Tikita a mis tías Mercedes Castro, Ana Valle, a mis primos Daniel, Ricardo, Diana, y como mis segundos padres Johnny Valle y Consuelo Valles por su fuerza, su amor y su ejemplo siempre me han motivado a ser el mejor, por creer en mí y apoyarme constantemente, sé que estarán orgullosos de este triunfo.*

*Un agradecimiento muy especial a mi querida tutora Dra. Érica Fernanda León Baquero, por su apoyo, por ser mi guía, compartir sus conocimientos que me sirvieron en el desarrollo de este caso clínico.*

*A la universidad técnica de Ambato junto con mis docentes a todos y cada uno de ellos que fueron parte del aprendizaje, por infundir todos sus conocimientos y por todo el tiempo brindado a quienes siempre los llevare en mi mente y el corazón, de esta manera permitirme cumplir mi anhelo de servir a la sociedad.*

*Rodrigo Valle*

## INDICE DE CONTENIDO

|  |      |
|--|------|
| APROBACIÓN DEL TUTOR.....  | ii   |
| AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....   | iii  |
| DERECHOS DEL AUTOR .....   | iv   |
| APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....  | v    |
| DEDICATORIA .....  | vi   |
| INDICE .....   | viii |
| ÍNDICE DE TABLAS .....   | x    |
| RESUMEN.....   | xi   |
| I. INTRODUCCIÓN .....  | 1    |
| II. OBJETIVOS .....  | 2    |
| OBJETIVO GENERAL.....  | 2    |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....  | 2    |
| III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE<br>INFORMACIÓN DISPONIBLE ..... | 3    |
| IV. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....   | 4    |
| DATOS DE FILIACIÓN.....  | 4    |
| ANTECEDENTES .....   | 4    |
| ANTECEDENTES GINECO – OBSTÉTRICOS .....  | 4    |
| ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS.....   | 4    |
| ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS.....  | 5    |
| MOTIVO DE CONSULTA.....  | 5    |
| ENFERMEDAD ACTUAL.....   | 5    |
| EXAMEN FÍSICO GENERAL.....   | 5    |
| VALORACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.....                                     | 6    |
| EXÁMENES COMPLEMENTARIOS .....   | 6    |
| ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA.....  | 6    |
| VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA.....  | 7    |
| VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA .....                             | 7    |
| VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA.....  | 8    |



|   |    |
|---|----|
| CENTRO OBSTÉTRICO.....                                | 10 |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.....                          | 10 |
| PROTOCOLO OPERATORIO .....                            | 10 |
| PROCEDIMIENTO.....                                    | 10 |
| NOTA POSQUIRÚRGICA.....                               | 11 |
| VALORACIÓN POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS .....    | 11 |
| EVOLUCIONES EN GINECOLOGÍA.....                       | 11 |
| DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO: .....          | 13 |
| FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS .....                   | 13 |
| FACTORES DE RIESGO SOCIALES Y ESTILOS DE VIDA.....    | 13 |
| FACTORES EN LOS SISTEMAS DE SALUD .....               | 13 |
| OPORTUNIDADES EN LA SOLICITUD DE CONSULTA .....       | 13 |
| ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA .....                     | 13 |
| CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN .....                  | 14 |
| OPORTUNIDADES DE LA REMISIÓN .....                    | 14 |
| TRÁMITES ADMINISTRATIVOS.....                         | 14 |
| IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS. ....               | 15 |
| SHOCK .....   | 16 |
| CAUSAS DE SHOCK HIPOVOLÉMICO .....                    | 16 |
| FISIOPATOLOGÍA DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO.....            | 17 |
| FASES DEL SHOCK .....                                 | 17 |
| CLÍNICA .....   | 19 |
| DIAGNOSTICO .....                                     | 19 |
| TRATAMIENTO.....                                      | 20 |
| CÁNCER ENDOMETRIO .....                               | 24 |
| EPIDEMIOLOGIA .....                                   | 24 |
| ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO .....                  | 24 |
| CLASIFICACIÓN .....                                   | 25 |
| CLÍNICA .....   | 26 |
| DIAGNOSTICO .....                                     | 27 |
| CARACTERISTICAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA: ..... | 34 |
| V.    CONCLUSIONES .....                              | 35 |

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:..... | 36 |
| VII. ANEXOS: .....                   | 40 |

### ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1 SIGNOS VITALES AL INGRESO .....                | 5  |
| Tabla 2 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS .....                 | 6  |
| Tabla 3 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS POS TRANSFUSIÓN ..... | 9  |
| Tabla 4 ETIOLOGÍA DE SHOCK HIPOVOLÉMICO .....          | 17 |
| Tabla 5 CLASIFICACIÓN DEL SHOCK HEMORRÁGICO .....      | 18 |
| Tabla 6 FACTORES DE RIESGO DE LA PACIENTE .....        | 25 |
| Tabla 7 ETAPIFICACIÓN (FIGO) .....                     | 29 |

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**  
**“SHOCK HIPOVOLÉMICO POR ADENOCARCINOMA PATRÓN**  
**ENDOMETROIDE INFILTRANTE”**

**Autor:** Valle Brito, Patricio Rodrigo

**Tutora:** Dra. León Baquero, Érica Fernanda,

**Fecha:** Diciembre 2017

**RESUMEN**

Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 34 años de edad que acudió por emergencia con dolor abdominal más sangrado genital de 12 horas de evolución, ingresa al servicio de ginecología por falta de espacio físico se ingresó a medicina interna por un cuadro de sangrado genital, se le realiza ECO FAST obstétrico que reporta miomatosis uterina, teratoma de ovario derecho, BHCG resultado negativa. Al examen físico se encontraba hipotensa, con taquicardia, palidez generalizada, álgica, mucosas orales secas, se realizó revisión de cavidad uterina de emergencia con identificación de masa de vagina, paciente persiste con sangrado, por lo que se administra coloides, cristaloides más dos concentrado de glóbulos rojos con que se logra compensar shock de manera temporal. Paciente es enviada a sala de medicina interna donde permanece con prescripción de control de signos vitales en monitoreo continuo, control de sangrado e ingesta y eliminación de líquidos luego de lo cual es trasladada al servicio de ginecología donde presenta cuadro clínico de shock hipovolémico por lo que se decide realizar histerectomía total mas ooforectomía bilateral y exéresis de 1/3 superior de vagina, concluyendo con diagnóstico postquirúrgico de cáncer de vagina más shock hipovolémico.

Paciente que acude con resultado de histopatológico que reporta Adenocarcinoma endometroide infiltrante, siendo referida a SOLCA.

La presentación de este caso tiene como objetivo analizar la calidad de atención, correlacionar la clínica con exámenes complementarios necesarios para la

identificación de un shock hipovolémico y la aplicación de un tratamiento adecuado que no permita llegar a complicaciones en la paciente que atenten contra su vida.

**PALABRAS CLAVES:** ÚTERO, ADENOCARCINOMA\_ENDOMETROIDE, SHOCK\_HIPOVOLÉMICO, MUJER\_JOVEN

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY HEALTH SCIENCES**

**MEDICAL CAREER**

**"HYPOVOLEMIC SHOCK BY ADENOCARCINOMA INFILTRANT  
ENDOMETRIATE PATTERN"**

**Author:** Valle Brito, Patricio Rodrigo

**Tutora: Dra.** Dra. León Baquero, Érica Fernanda

**Date:** December 2017

**SUMMARY**

The following clinical case of a female patient 34 years of age is presented. She came with to the emergency room with abdominal pain and genital bleeding with an evolution period of 12 hours. She was admitted to the internal medicine department for genital bleeding instead of the gynecology services department due to lack of space. An obstetric ultrasound is performed and it reports uterine myomatosis, in the right ovary teratoma. A pregnancy test is negative. The physical examination showed she was hypotensive, tachycardic with generalized paleness, sore, dry oral mucus. An emergency uterine cavity examination was performed that identified a vaginal mass. Patient persists with bleeding, so colloids, crystalloids, plus two concentrates of red blood cells were administered to temporarily compensate for shock. The patient is sent to an internal medicine ward, where she remains with a prescription of vital signs control with continuous monitoring. Bleeding is being controlled as well as anything injected, and the amount of urine being discharged. After this she is transferred to the gynecological service department where she shows signs of hypovolemic shock. It is decided that a total hysterectomy plus bilateral ooforectomy and a 1/3 exeresis of vagina must be performed. Concluding with post-surgical diagnosis of vaginal cancer plus hypovolemic shock. Patient that comes with histopathological result that reports infiltrating endometroide Adenocarcinoma, being referred as SOLCA.

The presentation of this case aims to analyze the quality of care, to correlate the clinic with complementary examinations necessary for the identification of a hypovolemic

shock and the application of an adequate treatment that does not allow complications to be reached in the patient that may harm her life.

**KEYWORDS:** UTERUS, ADENOCARCINOMA, ENDOMETRIUM,  
HYPOVOLEMIC\_ SHOCK, YOUNG\_ WOMAN.

## I. INTRODUCCIÓN

Cáncer de endometrio se define como la neoplasia glandular maligna que generalmente parece estar relacionado con una estimulación estrogénica crónica de endometrio no contrabalanceada, por una fuente de estrógenos endógenos o exógenos, y el resultado de su acción sobre el tejido varía desde la hiperplasia simple al adenocarcinoma. <sup>(17; 26)</sup>

Sabemos que la mayoría de las células cancerosas endometriales contienen receptores de estrógeno y/o progesterona en sus superficies. De alguna forma, la interacción de estos receptores con sus hormonas conduce a un mayor crecimiento del endometrio. Esto podría ser el inicio de cáncer. <sup>(14)</sup>

Se clasifica en dos tipos, el más frecuente el adenocarcinoma endometroide hormono dependiente con el 75 %, caracterizándose por la presencia de sangrado vaginal anormal en la edad pre y peri menopausia, el diagnostico se realiza mediante la clínica, biopsias, pruebas de imagenología, para poder brindar un tratamiento oportuno, relacionándose con un buen pronóstico. <sup>(13)</sup>

No existe estadísticas del cáncer de endometrio en nuestro país, pero si en general del cáncer de útero ocupando la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 35 años. Llevando al Ministerio de Salud Pública constantemente a la prevención del cáncer uterino a través de diferentes Programas para mejorar la calidad de vida y salud de las mujeres en el Ecuador.

Por lo tanto es una patología muy importante dentro del ámbito de la medicina y a su vez de la ginecología al ser un cuadro de difícil manejo que, en muchas ocasiones, puede llevar a complicaciones que pueden llevar a la muerte

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar la calidad de atención recibida por la paciente con shock hipovolémico causado por adenocarcinoma endometroide infiltrante.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los factores de riesgo que predisponen adenocarcinoma endometroide.
- Evaluar la oportunidad en el diagnóstico para adenocarcinoma endometroide.
- Investigar el manejo terapéutico según protocolos establecidos para el adenocarcinoma endometroide.



### **III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE**

- La información utilizada para el desarrollo del presente caso clínico se obtuvo de la historia clínica de la paciente número 50350, documento médico legal, copiada del Hospital General Puyo que contiene la mayor parte de información, su cuadro clínico, protocolo quirúrgico, tratamiento, evolución y controles.
- Identificación y recopilación de la información no disponible: la información que no consta en la historia clínica digital y física de la paciente se la obtuvo de entrevistas de mi persona por haber presenciado el presente caso.

Además se obtuvo información para la sustentación científica del análisis del caso de guías de práctica clínica, protocolos, artículos de revisión y evidencia científica, indispensable en la elaboración y desarrollo del caso presentado.

#### IV. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

##### DATOS DE FILIACIÓN

Paciente femenina de 35 años de edad. Nacida en la provincia de Riobamba, residente en Pastaza parroquia Puyo Barrio Cumandá. Raza mestiza. Estado civil casada. Instrucción secundaria completa. Ocupación Quehaceres domésticos. Grupo sanguíneo desconoce. Religión católica. Lateralidad diestra.

Fecha de ingreso: 08/05/2016

##### ANTECEDENTES

- ✓ Antecedentes patológicos personales: infertilidad diagnosticada hace 10 años que recibió tratamiento sin resultados positivos.
- ✓ Antecedentes quirúrgicos: No refiere.
- ✓ Antecedentes patológicos familiares: hermana con Ca gástrico, madre con diabetes e HTA.
- ✓ Alergias: No refiere.

##### ANTECEDENTES GINECO – OBSTÉTRICOS

**Menarquia:** 14 años

**Telarquia:** 13 años

**Pubarquia:** 12 años

**FUM:** 02 de abril del 2016

**Dismenorrea:** si

**Ciclos menstruales:** irregulares  
cada 2 – 3 meses por 4 ha 6 días.

**Inicio de vida sexual:** 21 años

**Gesta 1:** producto nacido vivo de sexo femenino por parto eutócico hace 16 años.

**Método de planificación familiar:** no refiere.

**Infertilidad Secundaria** diagnosticada hace 10 años que recibió medicamentos que no especifica.

**ETS:** no refiere

**Compañeros sexuales:** 1

**Papanicolaou:** último hace 2 años  
normal

**Colposcopia:** no

**Mamografía:** no

**G: 1 P: 1 A: 0 HV: 1**

##### ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS

**Alimentario:** 3 - 5 veces al día

**Micciones:** 2- 4 veces al día

**Defecatorio:** 1 vez al día

**Tabaco:** No refiere

**Alcohol:** no refiere

**Drogas:** No refiere

**Medicación:** si hace aproximadamente 8 años que no recuerda para la concepción.

### **ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS**

Paciente vive con su esposo, hija en casa propia de cemento armado, con 3 habitación y cocina, cuenta con todos los servicios básicos, posee buena relación familiar, posee animales intradomiciliarios (perro). Sus ingresos económicos es de aproximadamente 400 dólares al mes, pues su sustento proviene del comercio.

**MOTIVO DE CONSULTA:** Dolor Abdominal

**ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente que desde hace 15 días como fecha real y aparente presenta dolor en epigastrio tipo cólico, de leve intensidad, con causa aparente de sangrado genital, con síntomas acompañantes de palidez generalizada, astenia, motivo por el cual hace 3 días acude a medico particular quien realizó examen ginecológico diagnosticando masa en canal vaginal. El cuadro se exacerba hace 24 horas acompañándose de sangrado vaginal de moderada cantidad de color rojo claro, con salida de coágulos y dolor de moderada intensidad, además hace 1 hora presenta sincope, diaforesis, motivo por el cual es traída a esta casa de salud. Al momento paciente encontrándose en regular estado general.

### **EXAMEN FÍSICO GENERAL**

*Tabla 1 SIGNOS VITALES AL INGRESO*

|                                |         |
|--------------------------------|---------|
| <b>Tensión arterial</b>        | 120/80  |
| <b>Frecuencia respiratoria</b> | 18      |
| <b>Frecuencia cardiaca</b>     | 110     |
| <b>Temperatura</b>             | 37,4    |
| <b>Saturación de oxígeno</b>   | 93%     |
| <b>Peso:</b>                   | 66 kg   |
| <b>Talla:</b>                  | 1,63 cm |

**Fuente:** Historia clínica del Hospital General Puyo

**Elaborado por:** Rodrigo Valle

Paciente de sexo femenino, con orientación autopsíquica y alopsíquica normal, afebril, algica, deshidratada, con palidez generalizada. Cardiopulmonar normal. Abdomen: suave depresible doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio, con ruidos hidroaéreos normales. Región inguino genital: con presencia de coágulos hemáticos de poca cantidad, tacto vaginal y especular no realizado en emergencia. Extremidades simétricas no edemas con movilidad y sensibilidad conservada.

## VALORACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

**Fecha: 9 de mayo del 2016**

Paciente que acudió con clínica antes descrita, motivo por el cual se solicitó exámenes de laboratorio: biometría hemática, química sanguínea, tipificación sanguínea, BHCG, mas examen de imagen logia ecografía obstétrica.

Tratamiento:

- 1.- Nada por vía oral
- 2.- Control de signos vitales cada 6 horas
- 3.- Control de sangrado vaginal
- 4.- Lactato Ringer 1000 mililitros pasar intravenosos a 160 mililitros hora
- 5.- Ecografía transvaginal

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

*Tabla 2 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS*

| <b>BIOMETRÍA HEMÁTICA 09/05/16</b> |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| Grupo sanguíneo                    | O Rh positivo            |
| Leucocitos                         | 8,34 10 <sup>3</sup> /mm |
| Neutrófilos                        | 54,7%                    |
| Linfocitos                         | 3,34 10 <sup>3</sup> /mm |
| Glóbulos rojos                     | 4,1910 <sup>6</sup> /mm  |
| Hemoglobina                        | 11 g/dl                  |
| Hematocrito                        | 33%                      |
| MCV                                | 78,8 fl                  |
| MCH                                | 26,3 pg.                 |
| Plaquetas                          | 315 10 <sup>3</sup> /mm  |
| TP                                 | 12 segundos              |
| TPP                                | 32 segundos              |
| <b>QUÍMICA SANGUÍNEA</b>           |                          |
| Creatinina                         | 0,82 mg /dl              |
| Glucosa postprandial               | 153 mg /dl               |
| Urea en suero                      | 32 mg/dl                 |
| BHCG                               | NEGATIVA                 |

**Fuente:** Historia clínica del Hospital General Puyo

**Elaborado por:** Rodrigo Valle

### EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA (09 DE MAYO DEL 2016)

**ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA** Hospital General Puyo 09 de mayo Del 2016:

Útero de ante versión, incrementado de tamaño, mide 12,29 cm de longitud x 5,71 de transversal x 4,46 cm de antero posterior.

Miometrio homogéneo, en el cuerpo el fondo; sin lesiones patológicas ocupantes de

espacio. A nivel de cérvix y el segmento hacia la pared lateral derecha, se visualiza una masa sólida, hipoecogénica, heterogénea, de bordes más o menos definidos, mide 6,67 cm x 4,31 cm x 5,93cm.

Ovario derecho incrementado de tamaño, su ecogenicidad y estructura son heterogéneas difusamente, presenta formación quística compleja de paredes finas regulares, no es vascularizado ni septado.

**Impresión Diagnóstica.-** Teratoma dermoide maduro de ovario derecho; masa cervical (mioma).

### **VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA**

Fecha 09 de mayo del 2016

Paciente refiere dolor abdominal localizado en hipogastrio de moderada intensidad, al momento hemodinamicamente estable con TA: 100/ 70 mmhg FC: 90 lpm.

El abdomen se encuentra suave depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio. Región inguino - genital se evidencia la presencia de coágulos de poca cantidad, al examen especular cérvix central se evidencia la salida de sangre roja rutilante tacto vaginal no realizado, decidiendo su ingreso al servicio de medicina interna por falta de espacio físico.

Tratamiento:

1. Dieta general
2. Control de signos vitales
3. Control de sangrado vaginal
4. Lactato Ringer 1000 mililitros pasar intravenoso a 80 mililitros hora
5. Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas
6. Pendiente resultado de eco obstétrico
7. Ingreso al servicio de medicina interna

### **VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**09 de mayo del 2016**

Paciente que ingresa con dolor abdominal en hipogastrio, mas sangrado vaginal activo, con signos vitales dentro de parámetros normales, se encuentra en regular estado general, con indicaciones del servicio de ginecología.

**10 de mayo del 2016 (9:00 AM)**

Paciente que se encuentra hemodinamicamente inestable, ansioso, diaforética,

taquicardia, con palidez generalizada, con signos vitales tensión arterial de 90/ 60 mmhg frecuencia cardiaca de 112 lpm, frecuencia respiratoria 24 rpm, se realizó una biometría hemática encontrando hemoglobina de 8 g/dl y un hematocrito de 24%, por lo que se decide su pase a ginecología, más se aumenta líquidos intravenoso a 100 mililitros hora.

## **VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA**

**10 de mayo del 2016 (12:00 am)**

Paciente que ingresa al servicio, hemodinamicamente inestable, confusa, diaforética, taquicardia, palidez generalizada, desorientada con tensión arterial de 70/40 mmhg frecuencia cardiaca: 136 lpm, temperatura de 36,5 grados centígrados, Frecuencia respiratoria: 34 rpm. Glasgow: 9/ 15

Abdomen suave depreciable doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio RIG: con coágulos sanguíneos de moderada cantidad, al examen especular cérvix central con coágulos sanguíneos más la salida de sangrado activo de moderada cantidad, presencia de masa en región cervical motivo por el que se toma muestra para histopatológico, se realiza tacto vaginal localizando masa cervical en cara lateral derecha, y se procede a colocar tapón de gasa.

Tratamiento:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales con horario
3. Monitoreo electrónico permanente
4. Control de sangrado vaginal
5. Canalizar 2 vías
6. Semifowler
7. Sonda vesical permanente
8. Control, de ingesta y excreta
9. Lactato ringar pasar 500 mililitros intravenoso en este momento, luego a 100 mililitros horas.
10. Pasar 2 paquetes globulares
11. Diuresis horaria
12. Ketorolaco 30 miligramos intravenosos en este momento
13. Biometría hemática luego de 2 horas luego de pasar el último paquete globular.

**Tabla 3 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS POS TRANSFUSIÓN**

| <b>BIOMETRÍA POST TRANSFUSIÓN</b> |        |
|-----------------------------------|--------|
| Leucocitos                        | 5,17   |
| Neutrófilos                       | 50,2   |
| Linfocitos                        | 43,2   |
| Hemoglobina                       | 8 g/dl |
| Hematocrito                       | 24%    |
| Plaquetas                         | 280    |

**Fuente:** Historia clínica del Hospital General Puyo

**Elaborado por:** Rodrigo Valle

### **Evolución del 11 de mayo del 2016**

Paciente de 35 años con diagnósticos de mioma cervical más teratoma dermoide maduro de ovario derecho más anemia grave.

**S** paciente refiere malestar general, cefalea de tipo pulsátil a nivel occipital de leve intensidad, más dolor ya referido en epigastrio.

**O** paciente consiente orientada en tiempo espacio y persona, a febril, deshidratada, con palidez generalizada.

**TA: 90/60 mmhg**

**FR: 18 rpm**

**FC: 82 lpm**

**T: 36.5 grados C.**

Abdomen suave depreciable doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio RIG: con presencia de sonda vesical y tapón de gasa, manchado con sangre.

**A** paciente encontrándose hemodinamicamente inestable, levemente ansioso, en espera de resultados de histopatológico, con hemoglobina de control pos transfusional de 8 g/dl.

Ingesta de 2274, excreta 2190= balance hídrico de + 84 mililitros.

Diuresis horaria 1,9 mililitros.

**P** Indicaciones

### **Tratamiento**

1. Dieta general
2. Control de signos vitales con horario
3. Monitoreo electrónico permanente
4. Control de sangrado vaginal
5. Semifowler
6. Sonda vesical permanente
7. Control, de ingesta y excreta
8. Lactato ringar pasar 125 mililitros hora intravenoso
9. Diuresis horaria
10. Ketorolaco 30 miligramos intravenosos en este momento
11. Pase a centro obstétrico para retirada de tapón de gasa.

## **CENTRO OBSTÉTRICO (10:00 am del 11 de mayo del 2016)**

Se procede a la retirada de gasa vaginal, encontrando manchada con sangre en abundante cantidad, con presencia de coágulos sanguíneos, se procede a realizar examen especular observando sangrado activo de moderada cantidad, motivo por el cual se decide su pase a quirófano.

### **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

#### **Centro quirúrgico:**

Paciente que ingresa a quirófano hemodinamicamente inestable, con shock hipovolémico hemorrágico grado II, palidez generalizada, taquicardia hipotensa. Requirió en el transoperatorio de 1000 mililitros de cristaloides más 1 paquete globular, con pérdida hemáticas de aproximadamente de 800 mililitros.

### **PROTOCOLO OPERATORIO**

Diagnostico pre quirúrgico: tumoración vaginal más shock hipovolémico grado III.

Diagnostico post quirúrgico: cáncer de tercio superior de vagina.

Cirugía propuesta y realizada: histerectomía total más resección de tercio superior de vagina en cara posterior, cara anterior parcial, mas anexectomía total bilateral más omentectomía.

Anestesia: general

Cirujano: Dr. tratante de turno

Ayudante: Residente de turno

Anestesiólogo: Dr. Tratante de turno

Diéresis: incisión media infraumbilical de aproximadamente 10 cm

### **PROCEDIMIENTO**

Bajos normas de asepsia y antisepsia y previa colocación de campos estériles, con diéresis antes descrita se procede a apertura de aponeurosis, separación de músculos rectos anteriores, divulsión de peritoneo parietal, identificación , pinzamiento y corte de ligamentos redondos útero-sacros y trompas uterinas bilaterales, con técnica de histerectomía total con doble anexectomía con manguito vaginal a cúpula abierta, se dejan dos surgicel, se realiza omentectomía por técnica habitual, síntesis de aponeurosis con vicryl 1- 0 más síntesis de piel con dafilón 3 -0.

Complicaciones: paciente presenta shock hipovolémico que no responde adecuadamente a líquidos cristaloides más coloides más 1 paquete globular.



Paciente inestable hemodinamicamente por lo que se solicita interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos.

Histopatológico de útero, tercio superior de vagina más los ovarios para estudio respectivo.

### **NOTA POSQUIRÚRGICA**

Bajo anestesia general de realizo: histerectomía total más resección de tercio superior de vagina en cara posterior, cara anterior parcial, mas anexectomía total bilateral más omentectomía por shock hipovolémico grado III.

#### **INDICACIONES:**

1. Nada por vía oral por 6 horas
2. Control de signos vitales cada hora
3. Control de sangrado genital
4. Lactato Ringer pasar intravenoso a 125 mililitros hora
5. Ampicilina 1 gramo intravenoso cada 6 horas
6. Diclofenaco 75 miligramos intravenososo cada 12 horas
7. Tramal 100 miligramos intravenoso es este momento
8. Pasar 2 paquetes globulares post quirúrgico
9. sonda vesical permanente
10. Hemoglobina y hematocrito e control post transfusión
11. Interconsulta a UCI

### **VALORACIÓN POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Paciente con diagnóstico y procedimiento ya antes descrito que se encuentra bajo efectos de anestesia, responde al interrogatorio encontrándose con TA de 136/80 mmhg FC78 lpm SAT O 92% aire ambiente, FR 16 RPM, abdomen con presencia de apósitos secos, doloroso a la palpación, suave depresible RIG con presencia de sonda vesical permanente con orina hemática.

Plan mantener con analgesia, gasometría, oxigeno por bigotera a 2 Lt, control de hemoglobina y hematocrito post transfusión.

### **EVOLUCIONES EN GINECOLOGÍA**

**Fecha: 11 – 15/05/2016**

Paciente que evoluciono favorablemente post quirúrgica, disminuyo notablemente sangrado vaginal, al séptimo día manteniendo signos vitales dentro de parámetros

normales, se realizó control de hemoglobina 13G/dl y hematocrito de 43% , encontrándose en buen estado general., hemodinamicamente estable por lo que se decidió su alta.

Paciente que acudió por consulta externa el 15 de julio del 2016 con resultados de **HISTOPATOLÓGICO reportando adenocarcinoma endometroide patrón infiltrante:**

Diagnostico descriptivo: endometrio (adenocarcinoma patrón endometroide infiltrante moderadamente diferenciado), cérvix anterior y posterior (infiltrados por el tumor, lesión infiltra más de la mitad del miometrio), istmo (infiltrado por el tumor), parametrios (negativos para infiltración tumoral), anexos sin identificación (quiste folicular, trompa uterina hidátide de morgagni), permeación vascular linfática y hematogena (no se evidencia en los cortes evaluados), no se recibe ganglios.

Estadio: pI3a pNI pMX.

Código CIE 10: M8140/3

## **DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:**

### **FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS**

Paciente adulta joven con antecedente patológico personal de esterilidad de 10 años de evolución que recibió tratamiento. Con inicio de vida sexual activa a los 21 años de edad, además refiere no usar ningún método anticonceptivo, nulípara con un parto eutócico.

### **FACTORES DE RIESGO SOCIALES Y ESTILOS DE VIDA**

Paciente con unión libre que vive con su hija y esposo en casa propia, de ocupación quehaceres domésticos, con todos los servicios básicos y un animal intradomiciliario un perro.

Niega haber consumido drogas, tabaco, alcohol solo en fechas festivas de 3 – 4 ocasiones al año, sin llegar al estado de embriaguez.

### **FACTORES EN LOS SISTEMAS DE SALUD**

#### **OPORTUNIDADES EN LA SOLICITUD DE CONSULTA**

La atención primaria de mi paciente fue de difícil acceso ya que le asignaron turno para 2 semanas para el especialista de ginecología en el hospital, por esta razón acudió a medico particular, posterior a lo cual sintomatología persistió, llevándole directamente al hospital general puyo por triage, asignándole medico al cabo de 2 horas como máximo, y siendo valorada por especialista.

#### **ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA**

Mi paciente acudió al Centro De Salud más cercano, ha medico particular y a segundo nivel al Hospital General Puyo de la provincia de Pastaza, que brinda atención de salud, de acceso público, que cuenta con infraestructura de nivel internacional y es el centro de atención de la región amazónica. Brinda acceso toda la provincia en susespecialidades como son ginecoobstetricia, cirugía, medicina interna, pediatría, neonatología, cardiología, nefrología, unidad de cuidados intensivos, entre otros, sin embargo al tratarse de hospital de segundo nivel, el servicio de imagenología no posee la resonancia magnética nuclear para evaluación del miometrio, invasión precoz del parametrio, los que disminuye e imposibilita el diagnóstico, y el tratamiento oportuno para esta patología.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN**

La calidad de atención para la paciente, fue ineficaz por que no tuvo un diagnóstico oportuno y de manera inmediata, provocando compromiso hemodinamicamente, llevando al shock hipovolémico, se realizó exámenes complementarios identificando anemia moderada más la presencia de masa en cérvix, se ingresó a la paciente al servicio de medicina interna por falta de espacio físico, en el cual solo mantuvieron hidratación, nunca valoraron examen físico de la paciente síntomas y signos de shock hasta el siguiente día, donde es transferida a piso de ginecología llegando la paciente con clínica específica de esta patología, en donde especialista de ginecología valora a paciente, hidrata, transfunde 2 paquetes globulares, examina a la paciente y se toma muestra para histopatológico, más la colocación de tapón de gasa vaginal, hasta el día siguiente día donde se procede a retirar tapón de gasa vaginal en el cual persiste con sangrado, llevando al especialista de ginecología a quirófano, confirmando el diagnóstico, siendo tratada de manera eficaz con tratamiento quirúrgico de emergencia, donde paciente persistió hemodinamicamente inestable, confusa, en la cual requirió tres paquetes globulares, respondiendo adecuadamente al tratamiento.

## **OPORTUNIDADES DE LA REMISIÓN**

la complicación que presento la paciente fue la necesidad de cirugía urgente, siendo oportuna, eficaz y prioritario, que contó con la atención de médicos especialistas de inmediato, garantizando así el tratamiento integral de su patología.

## **TRÁMITES ADMINISTRATIVOS**

Se procedió con todos los trámites correspondientes, realizando las interconsultas a otros servicios, las epicrisis, las llamadas telefónicas para el informe del histopatológico.

## **IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS.**

- Paciente atendida por medico particular con diagnóstico “cáncer de vagina”, sin referencia a segundo nivel de salud o a un centro de mayor especialidad para poder recibir un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno, teniendo como complicación la morbimortalidad.
- El rango de edad correlacionado con el histopatológico del cáncer de endometrio, es un punto crítico, debido a que la paciente tiene 35 años de edad, en el cual se puede confundir el diagnostico con una endometriosis.
- Desinterés por parte del servicio de medicina interna, al no brindar una valoración médica, adecuada en el pase de visita comprometiendo la vida de la paciente.
- Falta de información, datos e estudios, acerca de la incidencia, prevalencia, diagnostico precoz, del seguimiento, para un mejor pronóstico, de la enfermedad, en la zona geográfica donde reside y en especial en nuestro país.
- Escasos controles médicos anteriores de la paciente, por falta de interés de los familiares, los cuales no acudieron a que se realice una valoración con especialista, ya que la paciente asume que presentaba clínica de largo tiempo, permitiendo que se desarrollara.
- Ausencia de investigaciones en nuestro país, para definir zonas de alto riesgo, con mayor predisposición de las enfermedades en relación a sus características sociodemográficas.

## SHOCK

**El shock** es una importante causa de morbilidad, en las unidades de terapia intensiva y servicios de ginecología del todo el mundo. Su manejo requiere un diagnóstico precoz e interacciones terapéuticas tempranas y agresivas para corregir la hipoperfusión tisular, disminuir la magnitud de la respuesta inflamatoria disparada de la agresión inicial y revertir la hipoxia que lleva a la muerte celular. (7; 10)

**El término shock hipovolémico** se utiliza en la práctica clínica para denominar a la disminución del contenido vascular, ya sea por pérdidas o por acumulación de líquidos en el tercer espacio. Esto conduce a un círculo vicioso en el que la alteración de la perfusión es responsable de daño celular que causa la mala distribución del flujo sanguíneo, lo que compromete aún más la perfusión celular; este último puede llegar a causar un fallo multiorgánico y, si el proceso no se interrumpe, conduce a la muerte. (2; 6; 11)

**Shock hemorrágico** es la disminución de la volemia como consecuencia de una hemorragia aguda puede producir un shock por disminución de la precarga. Al menos se requiere una pérdida del 30% del volumen intravascular para provocarlo. La gravedad del cuadro dependerá de la de sangre perdida y de la rapidez con que se produzca. Como consecuencia de la hipovolemia habrá un gasto cardíaco bajo y una precarga baja con aumento de las resistencias vasculares sistémicas. (1; 3; 11; 13)

### CAUSAS DE SHOCK HIPOVOLÉMICO

La causa más frecuente es la hemorragia aguda. Ocasionada por la pérdida de sangre, líquidos y electrolitos, fenómenos muy comunes en el paciente quirúrgico, con trauma o alguna otra patología (coartación o aneurisma de la aorta, neoplasias).

La deshidratación, se manifiesta con alteraciones ácido-base y electrolíticas del plasma que es la pérdida de líquidos corporales en vómito, diarrea, fístulas o succión gastrointestinal, o la pérdida de plasma por quemaduras o trauma, disminuye también el volumen plasmático, uno de los componentes del volumen circulatorio. Por ello tal estado también es de hipovolemia. Las causas de hipovolemia se resumen en: (2; 6)

**Tabla 4 ETIOLOGÍA DE SHOCK HIPOVOLÉMICO**

| <b>Por hemorragia</b> | <b>Por pérdida de fluidos</b> | <b>Secuestro al tercer espacio</b> |
|-----------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Hematemesis           | Vómitos                       | Pancreatitis aguda                 |
| Melena                | Diarrea                       | Cirrosis con ascitis               |
| Hematoquecia          | Diuréticos                    | Obstrucción intestinal             |
| Rectorragia           | Diuresis osmótica             |                                    |
| Posoperatorio         | Hipoaldosteronismo            |                                    |
|                       | Quemaduras                    |                                    |
|                       | Sudor. Golpe de calor.        |                                    |

**Fuente:** *SHOCK HIPOVOLEMICO*, Dania, Q. R. septiembre de 2013

**Elaborado por:** Rodrigo Valle

### **FISIOPATOLOGÍA DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO**

El shock hemorrágico es un shock hipovolémico caracterizándose con las respuestas circulatorias tempranas a la pérdida de sangre son compensatorias e incluyen la vasoconstricción progresiva de la circulación cutánea, muscular y visceral, también existe el aumento de la frecuencia cardíaca en un esfuerzo por conservar el gasto cardíaco, para preservar el flujo de sangre a los órganos diana. <sup>(5; 11; 35)</sup>

### **FASES DEL SHOCK**

**Fase de shock compensado** En una etapa inicial donde se ponen en marcha una serie de mecanismos que tratan de preservar las funciones de órganos vitales (corazón y sistema nervioso central) a expensas de una vasoconstricción de órganos no vitales (piel, músculos, riñón, área esplácnica). También se intenta mantener el GC aumentando la frecuencia cardíaca y la contractilidad. El volumen efectivo intravascular se mantiene mediante el cierre arteriolar precapilar, con lo que se favorece la entrada de líquido desde el espacio intersticial al intravascular. Desde el punto de vista clínico se aprecia desaparición progresiva de las venas de dorso de manos y pies, frialdad y palidez cutánea y sequedad de mucosas, debilidad muscular y oliguria. En esta fase la presión arterial suele estar dentro de los límites normales. Si en este momento se actúa enérgicamente contra la causa y se usa una terapia de soporte adecuada, el pronóstico será bueno. <sup>(4; 5; 11)</sup>

**Fase de shock descompensado** Los mecanismos de compensación se ven sobrepasados. Empieza a disminuir el flujo a órganos vitales. Clínicamente existe hipotensión, deterioro del estado neurológico, pulsos periféricos débiles o ausentes,

diuresis aún más disminuida, acidosis metabólica progresiva y pueden aparecer arritmias y alteraciones isquémicas en el ECG. (7; 11)

**Fase De Shock Irreversible** Si no se logra corregir el shock se entra finalmente en la fase irreversible en la que el paciente desarrolla un fallo multisistémico donde el ATP, se transforma en ADP, este a su vez en AMP y este AMP en adenosina y esta finalmente se transforma en ácido úrico y la célula muere. (1; 7; 11)

**Basada en signos clínicos, la clasificación de la hemorragia en cuatro grados es una herramienta útil para estimar el porcentaje de pérdida aguda de sangre.**

**Tabla 5 CLASIFICACIÓN DEL SHOCK HEMORRÁGICO**

|  | <b>Grado I</b>     | <b>Grado II</b>       | <b>Grado III</b>     | <b>Grado IV</b>      |
|--|--------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Pérdida de sangre (ml)</b>          | Hasta 750          | 750 – 1500            | 1500 – 2000          | Mayor de 2000        |
| <b>Pérdida de sangre (% VS)</b>        | Menor 15%          | 15 -30 %              | 30 – 40%             | Mayor 40%            |
| <b>FC</b>                              | Menor de 100       | 100 – 120             | 120 – 140            | Mayor de 140         |
| <b>Presión arterial sistólica</b>      | Normal             | Normal                | Disminuido           | Disminuido           |
| <b>Presión de pulso (mmhg)</b>         | Normal o aumentada | Disminuida            | Disminuida           | Disminuida           |
| <b>Frecuencia respiratoria</b>         | 14 – 20            | 20 – 30               | 30 – 40              | Mayor de 35          |
| <b>Debito urinario(ml/h)</b>           | Mayor de 30        | 20 – 30               | 5 – 15               | Insignificante       |
| <b>Estado mental /SNC</b>              | Levemente ansioso  | Moderadamente ansioso | Ansioso confuso      | Confuso letárgico    |
| <b>Restitución inicial de líquidos</b> | Cristaloide        | Cristaloide           | Cristaloide y sangre | Cristaloide y sangre |

**Fuente:** colegio americano de cirujanos comité de trauma, ATLC, novena edición, 2012  
**Elaborado por** Rodrigo Valle



## CLÍNICA

Hay que tener en presente que no existe ningún signo o síntoma específico de shock. Por ejemplo, no debe excluirse el diagnóstico porque el paciente esté alerta y con un lenguaje coherente ni porque un determinado signo como taquicardia o hipotensión no esté presente (ésta no siempre se asocia a shock ni por el contrario el shock se asocia siempre a hipotensión). En cualquier caso el diagnóstico sindrómico de sospecha se basa en la existencia de: <sup>(1)</sup>

- ✓ **Hipotensión arterial:** Presión arterial media (PAM) < 60mmHg o presión arterial sistólica (TAS) < 90 mmHg o un descenso > 40 mmHg de sus cifras habituales. Se debe usar la PAM ya que es permite una valoración menos sujeta a errores que la PAS.
- ✓ **Disfunción de órganos:** oliguria, alteración del nivel de conciencia, dificultad respiratoria...
- ✓ **Signos de mala perfusión tisular:** frialdad, livideces cutáneas, relleno capilar enlentecido, acidosis metabólica. <sup>(1; 5; 6; 8)</sup>

La valoración clínica inicial del GC nos permitirá clasificar al shock en uno de los dos grandes grupos:

**1. shock con Gasto cardiaco elevado:** aquí el GC está elevado, el pulso es amplio con presión diastólica baja, las extremidades están calientes, el relleno capilar es rápido y suele acompañarse de hipertermia (habitualmente en relación con un proceso infeccioso)

**2. shock de bajo Gasto cardiaco:** se caracteriza por la presencia de un pulso débil o filiforme, palidez y frialdad cutánea, cianosis distal, relleno capilar lento e hipotermia.

<sup>(1; 8)</sup>

## DIAGNOSTICO

El grado de severidad del shock hipovolémico debe ser diagnosticado de manera rápida y eficaz, dado que un shock moderado o grave es detectado fácilmente a diferencia del shock leve que trae consigo problemas de diagnosis, cuyo reconocimiento es trascendental debido a que el factor patológico inductor de shock leve puede evolucionar hasta un shock grave. <sup>(10; 35)</sup>

El diagnóstico es más difícil cuando la fuente de la pérdida de sangre no es visible, como en el tracto gastrointestinal, o cuando disminuye el volumen plasmático. Clínicamente Los valores de hemoglobina y hematocrito después de hemorragia aguda, no cambian, Incluso después que se han producido cambios por compensación de líquido. Así, un hematocrito inicial normal no desmiente la presencia de pérdida importante de sangre. Las Pérdidas de plasma provocan hemoconcentración, y la pérdida de agua libre conduce a la hiponatremia, Los niveles de lactato mayor a 2 mmol / L, nitrógeno ureico en sangre mayor que 56 mg / dl, o una fracción de excreción de sodio de menos de 1%. Estos resultados deben sugerir la presencia de hipovolemia (2)

## **TRATAMIENTO**

### **Los objetivos del Tratamiento en las primeras 6 horas son:**

- 1.-Mantener la presión arterial sistólica superior a 90 mmHg la presión arterial media igual o superior a 70 mmHg.
- 2.-PVC entre 8 y 12 cm H<sub>2</sub>O.
- 3.-Mantener una diuresis superior a 30 - 50 cc hora.
- 4.-Corregir la acidosis metabólica.
- 5.-Conseguir una PaO<sub>2</sub> superior a 60 mmHg
- 6.-Tratar, en la medida de lo posible, la causa que originó la situación de Shock (6; 11)

El shock hipovolémico es un proceso crítico que amenaza la vida del paciente, la actuación terapéutica debe ser inmediata, lo que supone en la mayoría de las ocasiones iniciar un tratamiento empírico orientado a la mejoría rápida de la hipoperfusión tisular y el daño respiratorio. Mediciones en serie de la presión arterial, frecuencia cardiaca, vigilancia electrocardiográfica continua, gasto urinario, oximetría del pulso, pruebas sanguíneas: hematocrito, electrolitos, creatinina, nitrógeno ureico en sangre, gases en sangre arterial, pH, calcio, fosfato, lactato, sodio urinario (<20 mmol/L sugiere deficiencia de volumen). Debe considerarse la vigilancia continua de la presión venosa central o la presión arterial pulmonar con presión capilar de enclavamiento pulmonar en serie en caso de pérdida sanguínea continua o sospecha de disfunción cardíaca. (12)

## **SOPORTE RESPIRATORIO**

La prioridad es asegurar una correcta función respiratoria, permeabilidad de la vía aérea, ventilación y oxigenación adecuada. Normalmente se usa oxígeno por mascarilla tipo ventimask con FiO<sub>2</sub> del 40% o CPAP o se utilizara entubación endotraqueal en casos de insuficiencia respiratoria severa, taquipnea severa y alteraciones del Glasgow. <sup>(1;11)</sup>

## **SOPORTE CIRCULATORIO**

El acceso al sistema vascular debe obtenerse rápidamente. La mejor forma de hacerlo es insertando dos catéteres intravenosos periféricos de grueso calibre (mínimo 16 Ga), antes de considerar la inserción de una vía venosa central. La velocidad del flujo es proporcional a la cuarta potencia del radio de la cánula e inversamente proporcional a su longitud (ley de Poiseuille). Por esto, se prefieren catéteres periféricos de grueso calibre para la infusión rápida de grandes volúmenes de líquidos. En presencia de hemorragia masiva y de hipotensión severa, se deben utilizar calentadores de líquidos y bombas de infusión rápida. <sup>(13)</sup>

El tratamiento definitivo es detener la hemorragia. Para el primer objetivo, se ha utilizado tradicionalmente el aporte agresivo de fluidos intravenosos para lograr la pronta restauración de la perfusión tisular. Si bien esto ha permitido salvar muchas vidas, en ciertos casos el manejo es más complejo y controvertido. <sup>(2, 6)</sup>

## **TERAPIA INICIAL CON LÍQUIDOS**

Millones de pacientes en todo el mundo son tratados con líquidos intravenosos para restaurar eficazmente el volumen sanguíneo y asegurar la perfusión a los tejidos. El Tratamiento con líquidos incluye el uso de una amplia variedad de sustancias que normalmente se clasifican como cristaloides y coloides. Aunque el objetivo es usar líquidos intravenosos para ampliar el espacio intravascular, el líquido también se mueve en el espacio extravascular. <sup>(2)</sup>

**Soluciones cristaloides** se emplea el Ringer lactato y habitualmente la solución salina fisiológica, son soluciones baratas y se difunden rápidamente en el espacio extravascular, requiriendo grandes volúmenes para conseguir una adecuada volemia, reciente mente se ha empleado soluciones salinas hipertónicas (7,5%), en el

tratamiento, con mejoría de los parámetros hemodinámicos, requiriendo una menor cantidad de volumen, sin embargo no existen estudios que demuestren la disminución de la morbimortalidad de los pacientes, en la actualidad no se recomienda su uso. <sup>(1; 11)</sup>

**Soluciones coloides** su ventaja es que expande la volemia con un menor aporte.

La albumina es el coloide natural por excelencia, sin embargo las soluciones más empleadas son sintéticas: **Dextranos** son polisacáridos de alto peso molecular, se comercializan en Dextranos 70 y 40, con inconvenientes de reacciones anafilácticas severas. **Gelatinas** son compuestos obtenidos de la hidrólisis del colágeno bovino, producen una expansión del volumen en el 80 – 100% de la cantidad infundida. **Almidones** son derivados sintéticos de la aminopectina, son excelentes expansores de la volemia con el 150% del volumen infundido. <sup>(1; 11)</sup>

Actualmente parece ser que pacientes con hipotensión moderada se podrían beneficiar de una reanimación con fluidos “controlada”, retardando el aporte agresivo de líquidos hasta lograr la hemostasia quirúrgica. La resucitación excesiva con fluidos antes de la hemostasia quirúrgica podría aumentar aún más el sangrado y ensombrecer el pronóstico. Se ha sugerido reanimar con fluidos hasta lograr un pulso radial palpable, descartado la hemorragia asociado en que se recomienda presiones sistólicas sobre 110 mmHg. Si bien algunos pacientes en hemorragia masiva pueden transfundir paquetes globulares inmediatamente, otros podrían disminuir el sangrado transitoriamente, dando tiempo a la solución quirúrgica definitiva. A diferencia, en pacientes en shock hemorrágico severo en que la hemorragia es masiva, no controlada y eventualmente exanguinante, el uso precoz y agresivo de sangre, plasma fresco congelado, plaquetas y cristaloides/coloides es mandatorio.

**Drogas vasoactivas** son los fármacos más utilizados en la actualidad en el tratamiento del shock, se dividen en dos grupos: en fármacos que actúan en el inotropismo cardiaco y en fármacos que actúan sobre la resistencia vascular, teniendo efectos en base a la dosis empleada y administrándose a dosis continua. <sup>(11)</sup>

El uso de drogas vasoactivas tiene su papel junto a la reposición inicial de fluidos. Usados complementariamente, las primeras ayudan a elevar la presión arterial media mientras se da tiempo a los líquidos administrados a que normalicen la volemia. En el

contexto de las hemorragias masivas, con paro cardiaco inminente, los vasopresores se hacen imprescindibles con el objetivo de elevar presión de perfusión y mantener el flujo a órganos nobles como corazón y cerebro. Los fármacos más usados en esta etapa, administrados en bolos intravenosos, son adrenalina, noradrenalina, dopamina, dobutamina. La primera aproximación es usar fármacos en bolos intravenosos y observar la respuesta. Si no se logra elevar la presión arterial media con el aporte de fluidos será necesaria la infusión continua de un vasoactivo con efecto alfa predominante (como noradrenalina, en ocasiones asociado a adrenalina), y disminuir sus dosis de infusión tan pronto como la presión arterial lo permita, para limitar la hipoperfusión e isquemia tisular con desarrollo de disfunción multiorgánico posterior. En pacientes de trauma no se recomienda el uso de vasopresores en la etapa precoz de la reanimación. <sup>(3)</sup>

Para el logro detener el sangrado, la recomendación actual es realizar una cirugía precoz, evitando prolongar la cirugía en espera de una solución definitiva aumentaría los riesgos de coagulopatía, acidosis e hipotermia, la llamada “triada letal” en el trauma. Todo este proceso se realizó en nuestra paciente, en la sala de Ginecología, llevándole a centro obstétrico para observar si persiste sangrado, y concluyente en centro quirúrgico de urgencia, dirigida a detener el sangrado en forma estable más que a una cirugía definitiva. <sup>(2; 3; 5)</sup>

## **CÁNCER ENDOMETRIO**

De acuerdo a la investigación que se ha realizado se ha **definido al adenocarcinoma endometroide** como la neoplasia glandular maligna que generalmente parece estar relacionado con una estimulación estrogénica crónica del endometrio no contrabalanceada, por una fuente de estrógenos endógenos o exógenos. Más del 95 % de los cánceres de endometrio derivan del epitelio de las glándulas endometriales, y aproximadamente el 3 % son sarcomas derivados del estroma. <sup>(18; 27)</sup>

### **EPIDEMIOLOGIA**

El cáncer de endometrio es uno de los cánceres ginecológicos más frecuentes a nivel mundial ubicándose en mortalidad en el cuarto lugar después del cáncer de mama, cuello uterino y ovario. Según El Programa De Vigilancia, Epidemiología Y Resultados Finales De Los Estados Unidos la tasa de incidencia es de 24.1/100,00 con la media de edad de las pacientes en el momento del diagnóstico es de 63 años, sin embargo, el 25% son posmenopáusicas y el 5%, menores de 40, siendo el cáncer ginecológico más frecuente de ese país. <sup>(14; 19; 21; 22)</sup>

Lamentablemente su incidencia va en aumento, asociado a los cambios epidemiológicos y medioambientales que afectan a la población femenina.

Según las estadísticas en Ecuador, el cáncer de útero es la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 35 años. Para prevenir el cáncer uterino y mejorar la calidad de vida y salud de las mujeres en Ecuador, el Ministerio de Salud Pública se encuentra motivando constantemente a través de diferentes Programas a la realización periódica del examen de Papanicolaou. Según estudios de mortalidad, en el Ecuador mueren diariamente de 1 a 2 mujeres por cáncer al cuello del útero. Mientras que por cáncer de endometrio no existen estadísticas en nuestro país. <sup>(15; 9)</sup>

### **ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO**

La causa es desconocida, igual que en otros tumores, es consecuencia de una serie de alteraciones genéticas que dan lugar a un crecimiento celular descontrolado, si bien

continuamos sin conocer los mecanismos por los que se producen dichas alteraciones. Sin embargo, el riesgo de tener este tipo de cáncer es mayor si el cuerpo produce gran cantidad de una hormona llamada estrógeno y ya ha pasado la menopausia, el riesgo sólo aumenta cuando el cuerpo no produce la suficiente cantidad de otra hormona llamada progesterona. Después de pasar por la menopausia, la progesterona del cuerpo disminuye o desaparece. <sup>(15; 17; 24)</sup>

**Tabla 6 FACTORES DE RIESGO DE LA PACIENTE**

| <b>FACTORES DEMOGRÁFICOS</b> | <b>FACTORES HORMONALES REPRODUCTIVOS Y</b> | <b>FACTORES BIOLÓGICOS</b>    |
|------------------------------|--|-------------------------------|
| Edad mayor de 45 años        | Estimulación estrogénica crónica           | Hiperplasia endometrial       |
| Raza blanca                  | Reemplazo hormonal                         | Enfermedad de vesícula biliar |
| Nivel socioeconómico alto    | Obesidad                                   | Radioterapia pélvica previa   |
| Historia familiar de CE      | Menarquia temprana                         | Tomoxifeno                    |
|                              | Menopausia traída                          | Diabetes mellitus             |
|                              | Nuliparidad                                | HTA                           |
|                              | Anovulación                                |                               |
|                              | Tumor productor de estrógenos              |                               |

**Fuente:** *Diagnóstico y tratamiento de cáncer de endometrio*, consenso de salubridad general. (2010).  
**Elaborado por** Rodrigo Valle

## CLASIFICACIÓN

**Se puede dividir histológicamente el cáncer endometrial en 2 tipos:**

- ✓ **TIPO I:** hormono dependiente es el más frecuente y se presenta en edad pre y peri menopausia. Se asocia a la obesidad, con un buen pronóstico, el más frecuente es el **adenocarcinoma endometroide (Grado G1)** (glándulas de Incidencia 80-90% características normales con menos del 5% de áreas sólidas no escamosas) **Grado G2** (las áreas sólidas no escamosas suponen el 6-50%) **Grado G3** (más del 50% del tumor son áreas sólidas no escamosas) <sup>(14; 25)</sup>

- ✓ **TIPO II:** Hormono dependiente, es el menos frecuente y se presenta en edades tardías. Además son más malignos y se asocian a mutaciones, (Adenocarcinoma papilar seroso Grado G3 por definición Incidencia 5-10%. Adenocarcinoma de células claras Grado G3 por definición Incidencia 1-5% **otros:** Carcinoma mucinoso, Carcinoma mixto, Carcinoma de células escamosas, Carcinoma indiferenciado) <sup>(14; 25)</sup>

El tipo más común de adenocarcinoma es el CÁNCER ENDOMETRIOIDE que supone el 80 % de los cánceres uterinos. Se originan de células en glándulas que se parecen mucho al revestimiento normal del útero (endometrio) <sup>(14; 28)</sup>

### **CLÍNICA**

El signo más frecuente se caracteriza por la presencia de sangrado vaginal anormal se presenta en el 75 % en etapas tempranas, otros síntomas son: dolor pélvico, piometra y hematómetra. <sup>(18)</sup>

Al examen físico generalmente son pacientes obesas, hipertensas, postmenopáusicas, aunque el 30% no tienen sobrepeso. En la exploración pélvica es importante descartar enfermedad localmente avanzada a cérvix o vagina.

La exploración abdominal casi siempre es inespecífica excepto en los casos avanzados en la que se puede palpar la ascitis y la metástasis hepática o el omento. <sup>(29)</sup>

Todo paciente con piometra en edad postmenopáusica, asintomáticas con células endometriales en la citología vaginal o polihipermenorrea deberá descartarse cáncer de endometrio por medio de legrado endometrial diagnóstico. <sup>(19)</sup>

En las perimenopáusica con meno-metrorragias no relacionadas con la menstruación y en la premenopáusicas con metrorragias anormales, particularmente si se asocian a antecedentes de anovulación se realizara estudios de imagenología para descartar Cáncer de endometrio. <sup>(16)</sup>



## DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico se basa en que la paciente acude por presentar metrorragia perimenopausia o posmenopausia. En la exploración con espejulo se observa que la sangre fluye por el orificio cervical externo, procedente de la cavidad. <sup>(26)</sup>

Los métodos de mayor utilidad son los de imagen principalmente la ecografía y los métodos de histopatología mediante biopsia <sup>(29)</sup>

**La citología vaginal** no es fiable como prueba diagnóstica, puesto que solo aparece alterada en el 30 – 50 % de las pacientes con cáncer de endometrio. <sup>(29)</sup>

**Biopsia endometrial ambulatoria:** con cánula de pipelle es considerado el primer procedimiento diagnóstico, para excluir cáncer de endometrio o la hiperplasia anormal, con excepción en mujeres que han iniciado vida sexual, tiene una sensibilidad del 60- 90 % y una especificidad del 98% <sup>(28; 29)</sup>

**Microlegrado consiste en la toma** de una muestra de endometrio mediante una legra muy fina, se ha utilizado con este fin la legra de Agüero y la de Novak, con ventajas que se puede realizar sin anestesia y en la consulta, con desventaja de un alto de falsos positivos. <sup>(28)</sup>

**Histeroscopia (HSC):** De entre todos los posibles métodos de diagnóstico que hoy en día existen a nuestra disposición, la HSC diagnóstica con biopsia dirigida es el método de elección.

- El *diámetro tumoral* se considera como factor independiente de mal pronóstico: hay mayor número de metástasis ganglionares en estadios I con tamaño tumoral >2 cm (15%) y mucho mayor en caso de afectación de toda la cavidad uterina (35%).
- La HSC juega un papel primordial en la valoración de la *afectación endocervical* (estadio II), ya que permite la visualización directa y la toma de biopsia.

Existe cierta controversia al considerar que la realización de una HSC diagnóstica en una paciente con CE podría conllevar el paso de células tumorales a la cavidad peritoneal a través de los orificios tubáricos. Sin embargo, en el estado actual de conocimiento, no hay ninguna razón para evitar la HSC en el diagnóstico del CE, si bien es verdad que deben extremarse las precauciones en estos casos y utilizar presiones intrauterinas < 80 mmHg, así como acortar el tiempo de exploración lo más posible <sup>(25)</sup>

**Ecografía TV:** Es la técnica establecida para la evaluación de trastornos endometriales. En las mujeres premenopáusicas, el grosor endometrial normal varía a lo largo del ciclo menstrual; sin embargo, cualquier endometrio con un espesor > 12 mm necesita realizar una biopsia. Un grosor endometrial > 5 mm se considera aumentado en mujeres posmenopáusicas. <sup>(25)</sup>

**RM / TC / PET-TAC:** El Colegio Americano de Radiología considera la RM como la técnica de imagen más apropiada en el estadiaje del carcinoma endometrial. En el trabajo de Hann et al 2012, se describe una precisión diagnóstica de la RM del 87,8% para la infiltración miometrial, del 87% para la afectación ganglionar pélvica y paraaórtica en el 94,7% de los casos.

La RM se considera superior a la TC en la evaluación del miometrio, invasión precoz del parametrio cervical debido a su excelente contraste de tejidos blandos y la capacidad multiplanar; sin embargo, es aproximadamente equivalente a TC en la detección de ganglios linfáticos agrandados.

La RM es también la mejor modalidad de imagen, en comparación con la tomografía de emisión de positrones (PET) con o sin TC, para la detección de metástasis en los ganglios linfáticos <sup>(25)</sup>

## **CLASIFICACIÓN DE FIGO PARA EL CARCINOMA DE ENDOMETRIO**

La finalidad de cualquier sistema de estadificación es permitir la comparación de pacientes entre diferentes centros y poder así clasificarlos en diferentes grupos pronósticos. <sup>(20; 32)</sup>

**Tabla 7 ETAPIFICACIÓN (FIGO)**

|  |
|--|
| <b>IA.</b> Invasión limitada al endometrio o invade el < 50% del miometrio |
| <b>IB.</b> invade el > 50% del miometrio                                   |
| <b>II</b> invasión cervical  |
| <b>IIIA.</b> Invade cerosa y anexos  |
| <b>IIIB.</b> Involucro vaginal o parametrial                               |
| <b>IIIC1.</b> N + pélvicos   |
| <b>IIIC2</b> N + paraorticos   |
| <b>IVA.</b> Invasión vesical o rectal                                      |
| <b>IVB.</b> Invasión a distancia   |

**Fuente:** Nueva clasificación de la FIGO en el cáncer de endometrio, Castañón; 2012  
**Elaborado por:** Rodrigo Valle

## TRATAMIENTO

Para el manejo integral de la mujer con patología endometrial se debe evaluar la edad de la paciente, el componente de malignidad de la enfermedad así como el deseo de tener hijos y recordar que a pesar de un manejo adecuado puede haber regresión espontánea de la enfermedad. <sup>(17)</sup>

El protocolo más usado en la actualidad es el tratamiento quirúrgico del CE incluye la citología peritoneal, la histerectomía, la ovarosalpingectomía bilateral y la estadificación quirúrgica. <sup>(29; 26)</sup>

La etapificación clínica es inadecuada en 15–20% y no refleja el estado actual de invasión por lo que el estándar de oro para etapificación patológica, terapéutica y pronóstica es la Cirugía Etapificadora de Endometrio, conocida como Rutina de Endometrio. Dicho procedimiento incluye: citología peritoneal, linfadenectomía pélvica y paraaórtica, sistemática en todas las pacientes. <sup>(17)</sup>

**Estadio I** Debe realizarse Cirugía con histerectomía abdominal total y una salpingooforectomía bilateral (extirpación de ambos ovarios). Si el tumor está bien o moderadamente diferenciado, si no afecta más del 66% de la parte superior del cuerpo uterino, tiene citología peritoneal negativa, ha invadido <sup>(16; 27)</sup>

Para todos los otros casos (tumor de alto grado, invasión miometrial > 50 % o afectación cervical y otros tipos de células), debe combinarse el muestreo de ganglios pélvicos seleccionados y periaórticos con la histerectomía abdominal total y la salpingooforectomía bilateral si no hay contraindicaciones médicas o técnicas y administrar radioterapia según valoración del médico radioterapeuta que podrá ser radioterapia pélvica total si los ganglios pélvicos son positivos y los ganglios periaórticos son negativos o radioterapia interna (que es menos tóxica que la radioterapia pélvica) en caso que los ganglios pélvicos sean negativos. Cuando hay contraindicación médica a la cirugía debe tratarse a la paciente únicamente con radioterapia, aunque de ésta pueden resultar tasas de curación inferiores a las que se logran con la cirugía. La radioterapia reduce la incidencia de recidiva local y regional cuando se administra después de la cirugía en los estadios I que presentan mayor riesgo de recaída. Además de cirugía y radioterapia su médico oncólogo puede indicarle tratamiento con quimioterapia adyuvante para disminuir el riesgo de recaída y o aumentar supervivencia. Cada estrategia de tratamiento debe individualizarse según factores de riesgo y estado de la paciente. (15; 29)

**Estadio II** Cirugía realizando histerectomía y salpingo-ooforectomía bilateral con biopsia de los ganglios paraaórticos en el momento de la cirugía, seguido de radioterapia postoperatoria (externa o radioterapia interna vaginal) y/o quimioterapia. (15; 29)

**Estadio III** En general, las pacientes de cáncer de endometrio en estadio III se tratan con cirugía y quimioterapia y/o radioterapia. Las pacientes con enfermedad inoperable pueden tratarse con quimioterapia y radioterapia. (15; 29)

La quimioterapia y/o radioterapia postoperatoria también se usa en las pacientes que se creía que tenían enfermedad más localizada (estadio clínico I o estadio II) pero en las que se encuentra durante la histerectomía que tienen ganglios linfáticos o anexos positivos. Estos tumores tienen una alta tasa de metástasis a distancia.

En un estudio llevado a cabo con un grupo de pacientes con enfermedad en estadio III o IV con tumores residuales < 2 cm y sin afectación órganos parenquimatosos el uso de la combinación de cisplatino y doxorubicina consigue una mejoría en supervivencia global en comparación con radioterapia abdominal total (supervivencia a 5 años de 55% vs. 42%). (15; 29)

**Estadio IV** El tratamiento de las pacientes, se valora según el sitio de la enfermedad metastásica y los síntomas relacionados. En la enfermedad pélvica voluminosa, se puede usar la combinación de quimioterapia y radioterapia externa e intracavitaria.

Cuando hay metástasis a distancia una opción a considerar, si el tumor expresa receptores hormonales de progesterona y estrógeno, es la terapia hormonal; el tratamiento hormonal más común ha sido con progestágenos que producen respuestas entre el 15% y 30% de las pacientes. Estas respuestas se asocian con una mejora significativa de la supervivencia. La respuesta a las hormonas suele estar correlacionada con la presencia de receptores hormonales y su nivel, y con el grado de diferenciación tumoral. Es un tratamiento a considerar si el tumor es de bajo grado G-I / II, receptores hormonales positivos y pacientes con escasos síntomas o sin síntomas. (15; 29)

En cuanto al tratamiento sistémico con quimioterapia, si la paciente no ha recibido tratamiento quimioterápico tras la cirugía, se recomienda una combinación con platino- Taxol que ha demostrado en un estudio reciente ser igual de eficaz con menor toxicidad que una combinación de quimioterapia con 3 drogas, consiguiendo una mediana de supervivencia global de unos 40 meses. Este esquema es el preferido como tratamiento de primera elección para la recaída del cáncer de endometrio y enfermedad metastásica. Hay 2 estudios recientes que apuntan a poder demostrar beneficio al añadir Bevacizumab (anticuerpo monoclonal) al esquema considerado estándar con platino-taxol; si bien estos datos deberán de confirmarse.

Para las mujeres que han recibido tratamiento tras la cirugía, si la recaída ocurre transcurridos más de 6 meses se aconseja de nuevo una combinación de platino y taxanos. Si la recaída ocurre antes de los 6m, el tratamiento con una sola droga (doxorubicina, taxol semanal) es el recomendado. (15; 29)

## **ENFERMEDAD RECURRENTE**

Cerca de una cuarta parte de las pacientes tratadas de CE precoz desarrollan esta enfermedad, y más de la mitad de recurrencias se desarrollan en los 2 – 3 años posteriores, dependiendo del tipo de tratamiento inicial que recibe la paciente cirugía sola frente cirugía más radioterapia local o regional. En un estudio de GOG sobre 390 pacientes con CE en estadio I las recurrencia pélvicas y vaginales fueron del 53% de

todas las recurrencias tratadas con cirugía sola, mientras con cirugía más radioterapia el 30% fue vaginales o pélvicas. <sup>(29)</sup>

Por lo tanto tras la cirugía y la radioterapia combinada, el 70% o más de las pacientes con fracaso del tratamiento, tuvieron metástasis a distancia y la mayoría de esta no tenía indicios de recurrencias local o pélvica.

La localización más habitual de la metástasis extra pélvica son los pulmones, el abdomen, los ganglios linfáticos (aórticos. Supraclaviculares e inguinales), el hígado, el cerebro y los huesos. <sup>(29)</sup>

### **CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO EN LA VIDA SEXUAL DE LA MUJER**

La cirugía después de los 50 años no tiene porqué alterar la vida sexual de la mujer ya que a esta edad los ovarios son escasamente o no funcionales. En el caso de mujeres más jóvenes podrá sufrir los efectos de una menopausia precoz. <sup>(15)</sup>

A pesar de que la vagina podría quedar más corta, el clítoris y el lecho vaginal permanecen igual de sensibles que antes de la cirugía. Algunas mujeres se sienten menos femeninas después de la histerectomía, estos pensamientos negativos pueden condicionar la vida sexual de la mujer, que puede mejorar tras la consulta a un terapeuta especializado. Cuando el cáncer ha causado dolor o sangrado con las relaciones sexuales, la histerectomía puede mejorar la vida sexual de estas pacientes al eliminar los síntomas. <sup>(15)</sup>

Durante la radioterapia los tejidos pueden enrojecer e inflamarse y causar dolor o sangrado. Tras la inflamación aguda puede ocurrir fibrosis provocando rigidez de la vagina, que puede mejorar tras la colocación de dilatadores de plástico o grandes tampones, ello permitirá mejorar las relaciones sexuales, y facilitará los exámenes ginecológicos. <sup>(15)</sup>

El deseo sexual disminuye frecuentemente en las pacientes en tratamiento con quimioterapia, debido a los efectos secundarios del mismo (nauseas, vómitos, debilidad). Los problemas que se resolverán al finalizar el tratamiento. Los efectos

secundarios del tratamiento pueden ser tanto físicos, como psicosociales, debiendo planificar las necesidades de la paciente desde un enfoque global. <sup>(15)</sup>

## **PRONOSTICO**

El estadio de la enfermedad es el más importante de las variables pronósticas, siendo la supervivencia de 5 años en el estadio I del 88%, en el estadio II del 75%, en el estadio III del 50% y del estadio IV del 20%, como factores pronósticos la edad, el grado histológico, la invasión del cáncer de endometrio. <sup>(28)</sup>

**CARACTERISTICAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

| <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA :</b>  | <b>ACCIONES DE MEJORA:</b>  |
|---|---|
| Mayor atención en el servicio de emergencia, medicina interna del Hospital General Puyo.                        | Realizar de la historia clínica detallada, brindar prioridad en la atención a las pacientes que se encuentran con signos y síntomas que peligran la vida del paciente.                      |
| Déficit de investigaciones y estadística de cáncer de endometrio en la provincia y en el Ecuador                | Mantener un registro apropiado en los centros hospitalarios de las patologías, cáncer de endometrio en la provincia y fomentar la investigación de todas las enfermedades a nivel nacional. |
| Escases de guías, protocolos diagnósticos y tratamiento del adenocarcinoma endometroide más shock hipovolémico. | Elaboración de guías de manejo y protocolos actualizados, acorde a las necesidades a nivel hospitalario, donde se llegue a un diagnóstico y manejo oportuno.                                |
| Mejorar el tiempo de entrega de resultados de histopatológicos.   | Gestionar los servicios de un laboratorio y del personal capacitado para la realización de histopatológicos de manera eficiente y eficaz a nivel hospitalario, o a nivel de la provincia.   |



## V. CONCLUSIONES

- ✓ Mediante la investigación realizada concluimos que la atención que recibió la paciente por parte del servicio de medicina interna no fue el manejo adecuado, permitiendo que llegara a shock hipovolémico.
- ✓ Los factores de riesgo que predispusieron a la paciente adquirir adenocarcinoma endometroide infiltrante fueron: la anovulación, la infertilidad, la nuliparidad, la utilización de medicamentos para la concepción.
- ✓ La incorrecta realización de la historia clínica y el tiempo inapropiado de exámenes de laboratorio, el histopatológico, llevaron a un diagnóstico tardío de shock hipovolémico por adenocarcinoma endometroide.
- ✓ Se puede prevenir la morbimortalidad por causa de shock en las mujeres con sangrado vaginal evidente más la correcta realización de la historia clínica más el pedido oportuno de biometría hemática de manera eficaz y el tratamiento adecuado con cristaloides

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

### BIBLIOGRAFÍA

1. A, J. B. (2008). Obstetricia y Ginecología (Octava ed.). Bogotá, Colombia: Copyright (26)
2. Berek, J. S. (2012). Berek y Novak Ginecología. Barcelona, España: Assistant y design. (29)
3. Colegio Americano de Cirujanos. (2012). Soporte vital avanzado de trauma. Chicago: Copyright (13)
4. Dr. Vinuesa, D. G. (2013). Emergencia Cirugía y Trauma. Ambato, Ecuador: Grafitext (11)
5. Harrison. (2012). Principios de Medicina Interna. Mexico: Mc Graw hill (12)
6. La, F. U. (2011). Ginecología (4 ed., Vol. 2). Madrid, España: Marfán(27)
7. Murillo, L. J. (2015). Medicina De Urgencias y Emergencias (5 ed.). Barcelona, España: Fotoletra, S.A (9)
8. Sociedad Argentina De Terapia intensiva. (2008). Terapia Intensiva. Buenos Aires, Argentina: Panamericana (10)
9. Tozzini, R. I. (2012). Ginecología. Buenos Aires: Corpus Editorial (28)

### LINKOGRAFÍA

10. Alvarado-Cabrero, I. (agosto de 2012). Adenocarcinoma de endometrio, Conceptos actuales. Obtenido de Gaceta mexicana de oncología: <http://www.elsevier.es/pt-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-adenocarcinoma-endometrio-conceptos-actuales-X1665920112439420> (21)
11. Álvarez, D. A. (2011). Guía de práctica clínica para el shock hipovolémico. Obtenido de Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020082037> (7)
12. American cancer society. (2016). Cáncer de endometrio. Obtenido de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002291-pdf.pdf> (14)

13. Barceló, D. I. (17 de July de 2015). Cáncer de endometrio-útero. Obtenido de seom: [http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos cancer/ginecologico/endometrio](http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/ginecologico/endometrio) (15)
14. Bubok Publishing S.L. (junio de 2014). ACTUALIZACIÓN DEL MANEJO DELshock. Obtenido de Grupo Shock: <http://sborl.es/wp-content/uploads/2016/02/actualizacion-de-manejo-del-paciente-en-shock-tercera-edicion.pdf> (6)
15. Campos, A. L. (2010). Epidemiología de los factores de riesgo y de. Obtenido de investigación materno infantil: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi103a.pdf> (25)
16. Castañón, A. I. (25 de Mayo de 2012). Nueva clasificación de la FIGO en el cáncer de endometrio. Obtenido de SERAM: [https://www.google.com.ec/?gfe\\_rd=cr&ei=V\\_WsVsPWH7LI8Aeeu4KwCQ&gws\\_rd=ssl#q=Nueva+clasificaci%C3%B3n+de+la+FIGO+en+el+c%C3%A1ncer+de+endometrio:+%C2%BFQu%C3%A9+ha+cambiado%3F+Poster+no.:+S-0398](https://www.google.com.ec/?gfe_rd=cr&ei=V_WsVsPWH7LI8Aeeu4KwCQ&gws_rd=ssl#q=Nueva+clasificaci%C3%B3n+de+la+FIGO+en+el+c%C3%A1ncer+de+endometrio:+%C2%BFQu%C3%A9+ha+cambiado%3F+Poster+no.:+S-0398) (20)
17. Consenso de salubridad general. (2010). Diagnòstico y tratameinto de càncer de endometrio. Obtenido de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/478\\_GPC\\_CxncerEndometrio/GER\\_Cxncer\\_de\\_Endometrio.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/478_GPC_CxncerEndometrio/GER_Cxncer_de_Endometrio.pdf) (18)
18. H, R. O. (2013). Cáncer de endometrio: experiencia de 10 años en el hospital San Juan de Dios. Obtenido de Revista chilena de obstetricia y ginecología: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v78n6/art07.pdf> (23)
19. Lien, M. D. (2015). Epidemiología del cáncer de endometrio. Obtenido de Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol41\\_3\\_15/gin07315.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol41_3_15/gin07315.htm) (22)
20. Malvino, D. E. (2013). Shock Hemorrágico en Obstetricia. Obtenido de Biblioteca de obtetricia critica: [http://obstetriciacritica.com.ar/doc/Shock\\_Hemorragico.pdf](http://obstetriciacritica.com.ar/doc/Shock_Hemorragico.pdf) (4)
21. Dania, Q. R. (septiembre de 2013). SHOCK HIPOVOLEMICO. Obtenido de Revista de Actualización Clínica Investiga: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000900006&script=sci\\_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000900006&script=sci_arttext) (5)

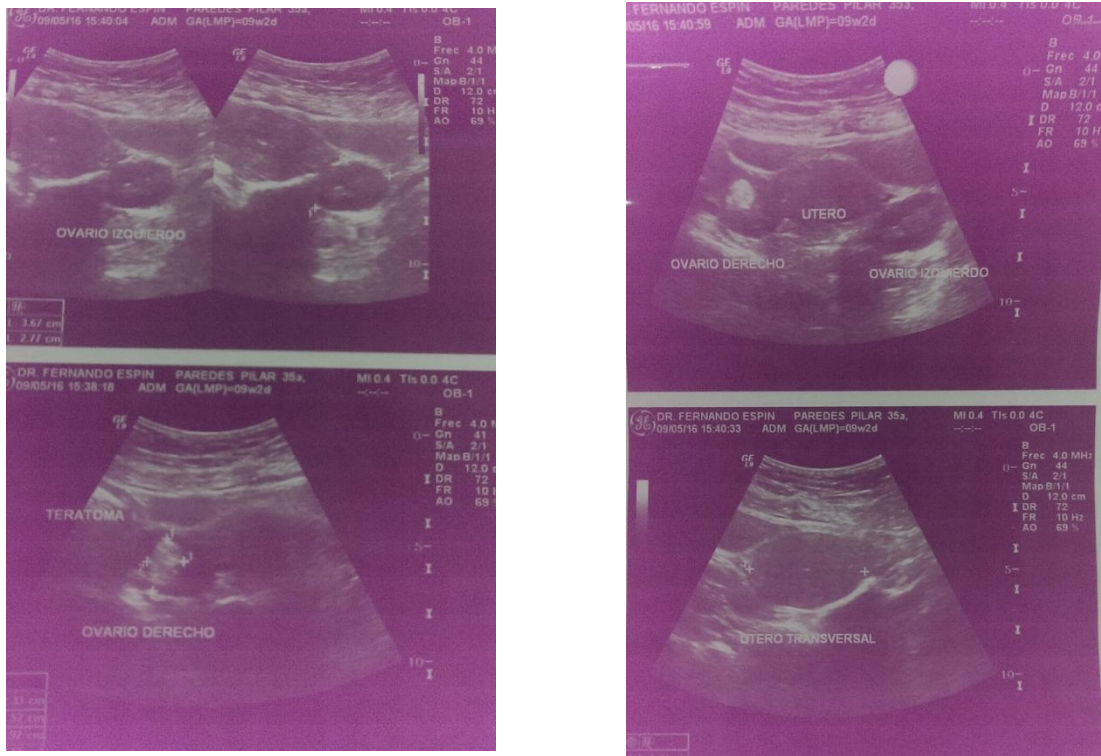
22. Martín, M. T. (14 de Enero de 2016). Actualización Sobre El Diagnóstico Y. Obtenido de Clases de Residentes 2016  
[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/archivos/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/clases\\_residentes/2016/clase2016\\_actualizacion\\_cancer\\_endometrio.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/archivos/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2016/clase2016_actualizacion_cancer_endometrio.pdf) (16)
23. Mejía-Gómez, D. L. (1 de junio de 2014). Fisiopatología choque hemorrágico. Obtenido de revista mexicana de anestesiología:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cmas141v.pdf> (8)
24. Oncología 111. (2013). Guías Diagnósticas cáncer de endometrio. Obtenido de oncología:  
[http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/onco/guias/cancer\\_Endometrio.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/onco/guias/cancer_Endometrio.pdf) (19)
25. Parra, M. V. (3 de mayo de 2011). Shock hemorrágico. Obtenido de Revista Médica Clínica Las Condes:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011704242> (3)
26. R, C. S. (2014). Obesidad y cáncer:. Obtenido de Rev Med Chile :  
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art10.pdf> (24)
27. Rivas, R. (18 de junio de 2015). Uso de cristaloides y/o coloides para el manejo adecuado del shock hipovolémico. Obtenido de Repositorio digital Universidad CES:  
<http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/3516> (2)
28. Sánchez, Á. M. (2012). MANEJO DEL PACIENTE EN. Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/shock.pdf> (1)
29. Sebastià, J. P. (2011). Guías de práctica clínica de cáncer ginecológico. Obtenido de SEOM:  
<http://www.sego.es/Content/pdf/CervixOncologia2008.pdf> (17)

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BASE DE DATOS UTA

30. **PROQUEST**, Badowska-Kozakiewicz, A. M. (Marzo de 2012). Selected tumor markers in the routine diagnosis of endometrial and cervical cancer. Obtenido de Przegląd menopauzalny- proquest :  
<http://search.proquest.com/docview/1237560913/EBC3A3176C25430FPQ/11?accountid=36765> (30)
31. **PROQUEST**, Fülöp, A. (23 de Abril de 2013). Experimental Models of Hemorrhagic. Obtenido de European Surgical Research:  
<http://search.proquest.com/docview/1413256321/A00E2C6EC5DC4BE9PQ/5?accountid=36765> (35)
32. **PROQUEST**, Hiroki Higashi. (2014). Hypovolemic shock complex: does the pancreatic perfusion increase or decrease at. Obtenido de Clinical Imaging:  
<http://search.proquest.com/docview/1464964854/fulltextPDF/35B32F9294E3491EPQ/1?accountid=36765> (36)
33. **PROQUEST**, Martín, M. T. (14 de Enero de 2016). ACTUALIZACIÓN SOBRE EL DIAGNOSTICO CANCER DE ENDOMETRIO . Obtenido de Clases de Residentes 2016 :  
[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/archivos/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/clases\\_residentes/2016/clase2016\\_actualizacion\\_cancer\\_endometrio.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/archivos/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2016/clase2016_actualizacion_cancer_endometrio.pdf) (34)
34. **PROQUEST**, Papadia, A. (agosto de 2016). IIC FIGO etapa de identificación de cáncer de endometrio. 7 -10. Obtenido de Revista de Investigación del Cáncer y Oncología Clínica:  
<http://link.springer.com/article/10.1007/s00432-016-2303-4> (33)
35. Siu1, M. K. (28 de julio de 2015). p21-Activated Kinases 1, 2 and 4 in. Obtenido de Plos One:  
<http://search.proquest.com/docview/1699513864/fulltextPDF/EBC3A3176C25430FPQ/12?accountid=36765> (31)
36. **PROQUEST**, Yoon, S.-N. (2012). Endometrial Cancer with Cervical Extension Mimicking. Obtenido de Nucl Med Mol Imaging:  
<http://link.springer.com/sci-hub.cc/article/10.1007/s13139-012-0139-7> (32)

## VII. ANEXOS:

Imagen 1



Ecografía obstétrica

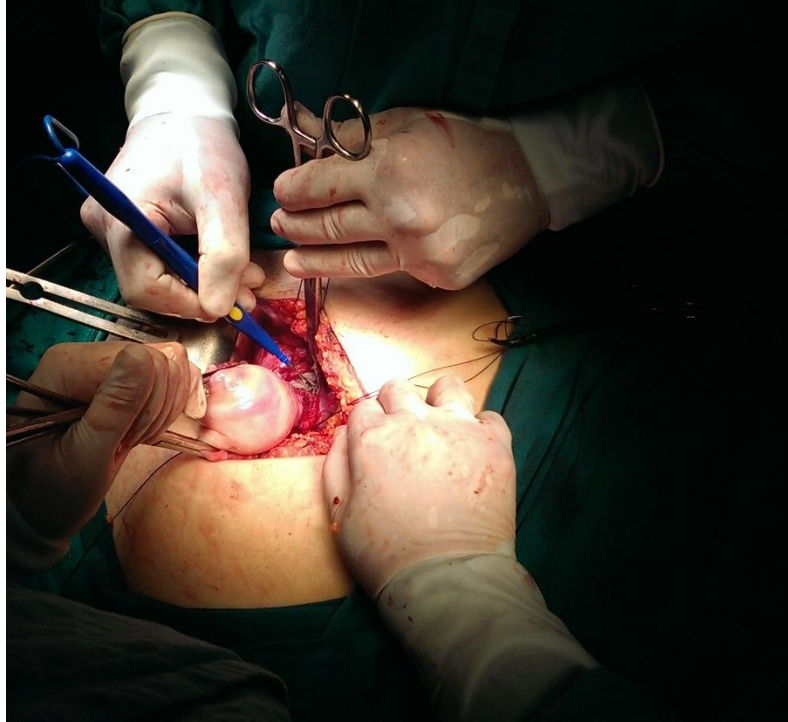
Fuente: Hospital General Puyo

Imagen 2



Asepsia y antisepsia de previa cirugía

Imagen 3



Histerectomía

Fuente: Hospital General Puyo

**Imagen 4**



Piezas anatómicas para histopatológico de: útero, ovario tercio superior de vagina

Fuente: Hospital General Puyo