

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad de Alto Riesgo Obstétrico



CASO CLÍNICO

SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO

Trabajo Académico presentado por la
Licenciada en Obstetricia:

Ayala Ayala, Silvia Vanessa

para obtener el título de:

**Segunda Especialidad en Alto Riesgo
Obstétrico**

Asesor(a): Dra. Cárdenas Núñez, Yenhny

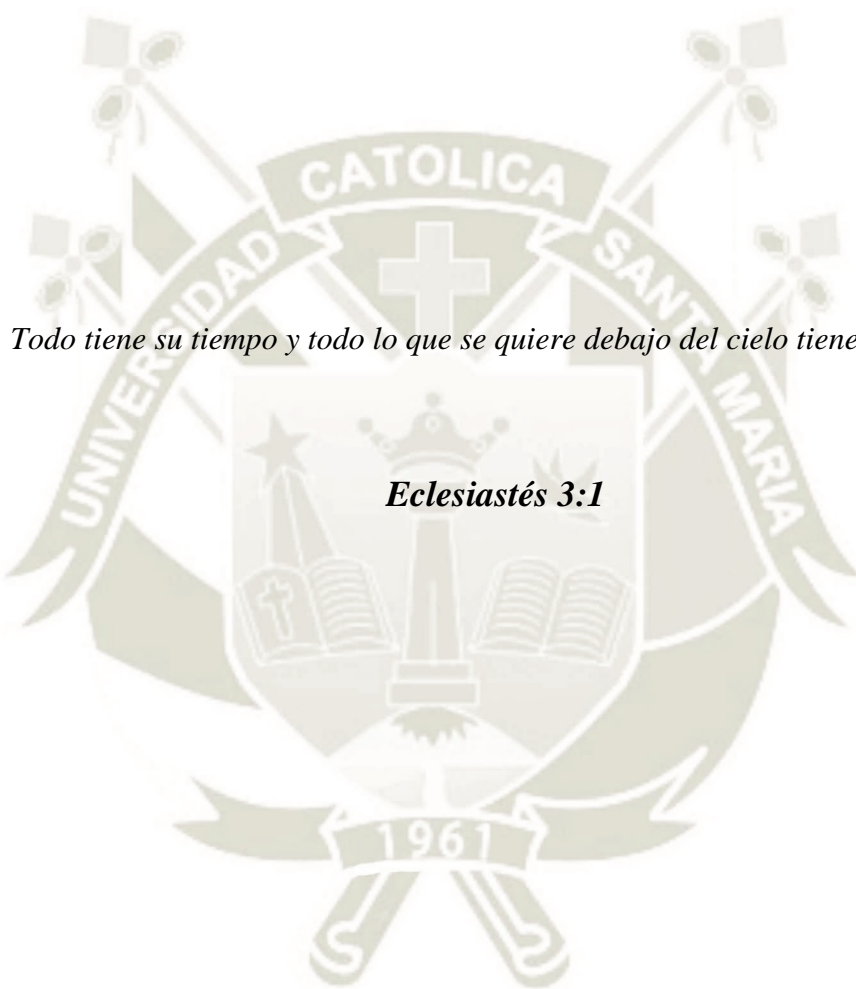
Arequipa – Perú

2018



DEDICATORIA:

A mi familia por su apoyo incondicional a lo largo de mi desarrollo profesional y permitirme seguir adelante.



Todo tiene su tiempo y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora.

Eclesiastés 3:1

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I: MARCO CONCEPTUAL.....	1
1. SHOCK HIPOVOLÉMICO	1
1.1. FISIOPATOLOGÍA	1
1.2. ETIOLOGÍA	1
1.3. CUADRO CLÍNICO (9).	2
1.4. MANEJO.....	3
1.5. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA (8).	3
1.6. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA	5
1.6.1. HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO.....	5
1.6.2. HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	7
1.6.3. HEMORRAGIA POSTPARTO.....	8
2. EMBARAZO ECTÓPICO.....	10
2.1 ETIOLOGÍA	10
2.2 DIAGNÓSTICO.....	11
2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	12
2.4. MANEJO (10)	13
2.4.1. TRATAMIENTO EXPECTANTE (10).....	13
2.4.2 TRATAMIENTO MÉDICO (10).....	14
2.4.3 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (10).	15
2.4.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA (8).....	16
2.5. CRITERIOS DE ALTA.	17
2.6. PRONÓSTICO.....	17
CAPITULO II.....	18
MARCO METODOLÓGICO	18
HISTORIA CLINICA	18
1. ANANMNESIS:.....	18
1.1 Filiación.....	18
1.2 Enfermedad actual	18

1.3	Relato de la Enfermedad Actual:.....	18
1.4	Funciones biológicas:	19
1.5	Antecedentes:	19
1.5.1	Fisiológicas:.....	19
1.5.2	Patológicos:	19
1.5.3	Gineco-obstétricos:.....	19
1.5.4	Embarazo actual:	20
1.5.5	Patología de embarazos anteriores:	20
1.5.6	Familiares.	21
1.5.7	Socioeconómicos.....	21
1.5.8	Alimentación:	21
1.5.9	Hábitos nocivos:.....	21
1.6	EXAMEN FÍSICO:	21
1.6.1.	General:.....	21
1.6.2.	Piel y Faneras:.....	22
1.6.3.	Cabeza:.....	22
1.6.4.	Cuello:.....	23
1.6.5.	Tórax:.....	23
1.6.6.	Mamas:.....	23
1.6.7.	Cardiovascular:	23
1.6.8.	Abdomen:.....	23
1.6.9.	Genitourinario:.....	23
1.6.10.	Columna vertebral y extremidades:.....	24
1.6.11.	Linfáticas:	24
1.6.12.	Neurológico:	24
1.6.13.	Extremidades inferiores	24
1.6.14.	Reflejos osteoteotendinoso:.....	24
1.7	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:	24
1.8	TRATAMIENTO:	24
1.9	INDICACIONES:	25
1.10	EXAMENES AUXILIARES:	25
1.11	TRATAMIENTO POST OPERATORIO:.....	27
1.12	ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO	27
CAPITULO III		30

DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES:	32
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
ANEXOS.....	35



RESUMEN:

Se realizó una revisión y el análisis de un caso clínico a través de la historia clínica que sirvió de instrumento para identificar los antecedentes obstétricos de una paciente que desarrollo una hemorragia de causa obstétrica en la primera mitad del embarazo por un embarazo ectópico complicado el cual es considerado una emergencia médica pone en riesgo la vida del paciente es por ello la importancia de conocerlos.

Lográndose evidenciar el manejo clínico de los hospitales del estado donde se desarrolló el caso, el cual tuvo un diagnóstico y tratamiento médico oportuno donde las intervenciones se realizaron de acuerdo a las guías de manejo revisadas aplicando los principios básicos en manejo del tiempo, la reposición de volúmenes, logrando evitar la progresión de formas severas de shock hipovolémico evitando de esta una muerte materna.

Se evidencia la presentación clínica de embarazo ectópico la cuales de manera rápida fue fundamental para poder actuar de manera adecuada y aplicar el manejo adecuado.

Palabras clave: Shock hipovolémico, Embarazo ectópico.

ABSTRACT

A review and analysis of a clinical case was made through the clinical history that served as an instrument to identify the obstetric history of a patient who developed a hemorrhage of obstetric cause in the first half of pregnancy due to a complicated ectopic pregnancy which is considered a medical emergency puts the patient's life at risk, this is why it is important to know them.

Obtaining evidence of the clinical management of the hospitals of the state where the case was developed, which had a diagnosis and timely medical treatment where the interventions were carried out according to the revised management guidelines applying the basic principles in time management, the replacement of volumes, avoiding the progression of severe forms of hypovolemic shock, avoiding a maternal death.

The clinical presentation of ectopic pregnancy was evidenced, which quickly was fundamental to be able to act in an appropriate way and apply the appropriate management.

Keywords: Hypovolemic shock, ectopic pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna representa un problema de salud pública de atención prioritaria a nivel nacional e internacional, como indicador de desarrollo nos permite visualizar la desigualdad social, educativa y laboral, la inequidad de género y la capacidad de respuesta del sistema de salud. Se estima que 830 mujeres mueren cada día en todo el mundo por complicaciones relacionadas al embarazo parto y puerperio, las que en su mayoría son evitables (1).

Este problema fue considerado por la Organización de las Naciones Unidas dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio cuya meta para el año 2015 fue de disminuir en dos tercios la razón de muerte materna que había en 1990. Para el año 2016 se incorporó en el cumplimiento de la meta 3 propuesta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que consiste en la reducción de la razón de muerte materna a nivel mundial a menos del 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial entre el 2016 y 2030. Internacionalmente se consideró que en América del sur algunos países como Brasil, Ecuador y Perú tuvieron importantes avances respecto a la mejora de la salud materna debido a la reducción de la razón de mortalidad materna que tuvieron hasta el año 2015(1).

La Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna ha registrado en los últimos 5 años (2012 - 2016) un total de 1977 muertes maternas. El puerperio representa un momento crítico, hasta la Semana Epidemiológica 47 del año 2017 se observa que el 60,9% de los casos de muerte materna se producen durante el puerperio, mientras que un 30% durante la gestación. Dentro de las principales complicaciones identificadas durante el puerperio están los trastornos hipertensivos (31.2%) y la hemorragia (22,1%). La preeclampsia severa, las hemorragias del tercer periodo del parto y las hemorragias post parto inmediatas son las causas específicas más frecuentes. De las 3 etapas del puerperio, en el puerperio inmediato se presentan el 39% de los casos (2).

El embarazo ectópico es definido como la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina, siendo más frecuente en la región ampular de las trompas de Falopio. Se ha descrito como Factores independientes que incrementan el riesgo de embarazo ectópico a la

enfermedad pélvica infamatoria, el embarazo tubárico previo, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y la cirugía tubárica previa (3).

La incidencia de esta patología ha aumentado en el mundo. Actualmente se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos (2).

Los casos se incrementan en nuestro país debido a la falta de interés de la población en recibir una adecuada consejería en salud sexual y reproductiva evitando muchas veces asistir a los Establecimientos de Salud por indiferencia acudiendo a boticas o farmacias particulares.

Los objetivos de la investigación fueron, identificar los antecedentes obstétricos de una paciente con riesgo a sufrir una hemorragia de causa obstétrica por embarazo ectópico complicado aplicando manejo de guías de manejo evitar su progresión de las formas severas de shock hipovolémico.

Entre las conclusiones de la investigación se tiene, entre otros, que establecidos los signos de alarma del embarazo la paciente los reconoció, porque los presentó anteriormente acudiendo al Servicio de Emergencia del Hospital Edmundo Escomel al Hospital Carlos Seguin Escobedo de Arequipa, en el que se le hizo el diagnóstico temprano de Embarazo ectópico complicado, lo que fue objeto de tratamiento inicial activando el protocolo establecido de la Clave roja para posteriormente practicarle una salpingectomía con resultado y estabilizándola.

CAPITULO I: MARCO CONCEPTUAL

1. SHOCK HIPOVOLÉMICO

Es un síndrome de etiología multifactorial pero que tiene en común la reducción del volumen sanguíneo. Está desencadenado por una inadecuada perfusión aguda sistémica debido a un desequilibrio entre demanda y oferta de oxígeno a los tejidos por aporte inadecuado o mala utilización a escala celular, que lleva a hipoxia tisular y a disfunción de órganos vitales determinado por una reducción del volumen sanguíneo circulante (5).

Se considera un síndrome clínico humoral donde la pérdida de fluidos corporales causa una hipotensión inicial que genera un desorden sistémico del flujo sanguíneo y, en consecuencia, la perfusión tisular y la liberación de oxígeno están reducidas hasta niveles inferiores a los requeridos para mantener el metabolismo en el rango de la normalidad. (6).

1.1. FISIOPATOLOGÍA

La lesión primaria inicial es la pérdida de volumen eficaz circulante.

Es un proceso cíclico que una vez desencadenado genera una secuencia de fenómenos cada uno de los cuales afecta desfavorablemente al siguiente. El deterioro del flujo sanguíneo a órganos y tejidos vitales causa suministro insuficiente o distribución inadecuada de oxígeno, responsable de las graves alteraciones que genera este estado de insuficiencia microcirculatoria.

En el análisis hemodinámico de este tipo de shock se señala: Presiones de llenado bajas (baja presión venosa central, presión capilar pulmonar y gasto cardiaco) y resistencias sistémicas altas (5).

1.2. ETIOLOGÍA

Hemorrágico: el más frecuente

- Hemorragia interna: Por ejemplo, en embarazo ectópico roto

- Hemorragia externa: En caso de aborto, enfermedad gestacional del trofoblasto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, atonía uterina, alumbramiento incompleto, retención placentaria, desgarros cervicales y/o perineales (8).

No hemorrágico:

- Pérdidas intestinales: Por vómitos, diarreas, etc.
- Pérdidas extra intestinales: Por uso de diuréticos, por ejemplo.
- Acumulación en el tercer espacio: En caso de ascitis, polihidramnios, obstrucción intestinal (8).

1.3. **CUADRO CLÍNICO (9).**

Se clasifica en cuatro clases:

PARAMETRO	I	II	III	IV
Pérdidas hemáticas(volumen)	<15% <750ml	15-30% >750ml	>30-40% >1500ml	>40% >200ml
Pulso	<100	>100	>120	>140
Presión arterial sistólica	normal	normal	<90	<70
Llenado capilar (seg)	<1	1-2	>2	Nulo
Frecuencia respiratoria	<20	>20	>30	>35
Diuresis (ml/h)	>30	20-30	5-15	<5
Color de la piel	Normal	Pálida y fría	Pálida , fría y sudorosa	Cenicienta
Estado psíquico	Alerta	Ansiosol agitada	Somnoliente	Inconsciente

Hipovolemia leve (grado I). Corresponde a una pérdida menor de 15 % del volumen circulatorio; los fenómenos compensatorios mantienen la presión arterial, pero hay hipotensión postural. La hipoperfusión afecta sólo a ciertos órganos, que la toleran bien, como piel, grasa, y músculo esquelético (7).

Hipovolemia moderada (grado II). Corresponde a una pérdida de 15 % del volumen circulatorio. Se afectan órganos que toleran mal la hipoperfusión: hígado, páncreas, bazo, riñones. Aparece la sed como manifestación clínica;

puede haber hipotensión en la posición de decúbito dorsal; la hipotensión postural es manifiesta, y hay oliguria y taquicardia leve o moderada (7).

Hipovolemia severa (grado III). El déficit del volumen circulatorio es 30% a 40%, las manifestaciones de shock son claras y hay hipoperfusión del corazón y del cerebro. Se observan hipotensión, marcada taquicardia alteraciones mentales, respiración profunda y rápida, oliguria franca y acidosis metabólica (7).

Hipovolemia severa (grado IV): Aumento de la actividad simpática ocurre en respuesta a la hipotensión y es mediada por baro-receptores carotídeos y aórticos. La secreción de catecolaminas causa vasoconstricción, taquicardia y aumento del débito cardíaco. La disminución de la presión intraauricular, durante la hipovolemia, da como resultado una disminución del estímulo y disminuye la actividad de catecolaminas, esto lleva a secreción de hormona antidiurética, vasoconstricción renal, finalmente la activación del eje renina-angiotensina, produce retención de sodio y agua (7).

1.4. MANEJO

El paso inicial para el manejo del shock en la paciente obstétrica es reconocer su presencia. Los mecanismos compensatorios fisiológicos pueden evitar una caída importante de la presión sistólica hasta que se haya perdido el 30 % de volumen sanguíneo. La taquicardia y vasoconstricción cutánea son la respuesta fisiológica precoz usual a la pérdida de volumen sanguíneo. De acuerdo con esto, una paciente obstétrica que se presenta fría y con taquicardia esta en shock a menos que se demuestre lo contrario (9).

El segundo paso es identificar su causa probable. Hay que individualizar cada caso y establecer el grado de hemorragia para lo cual debe utilizarse los criterios diagnósticos mencionados anteriormente (8).

1.5. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA (8).

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias-FONP
(Categorías I-1, I-2, I-3)

- Mantener vía aérea permeable.
- Reposición del volumen circulante:
- Canalizar 2 vías endovenosas seguras con catéter intravenoso N° 18.
- Infusión de 1 a 2 litros de Cl Na 9%, iniciar con 200cc a chorro, luego regular a 60 gotas por minuto.
- No administrar líquidos por vía oral.
- Usar expansores plasmáticos si se cuenta con profesional capacitado.
- Colocar a la paciente en decúbito dorsal abrigada (si es gestante de la segunda mitad del embarazo en decúbito lateral izquierdo).
- Colocar sonda Foley y bolsa colectora preferentemente.
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas -FONB
(Categoría I-4)

- Actuar según establecimiento con FONP, además:
- Asegurar oxigenación adecuada: Oxigenoterapia por máscara de Venturi 6 a 8 litros por minuto por mascarilla o catéter nasal 3 litros por minuto.
- Si después de 2000 cc de ClNa 0,9% persisten signos de hipovolemia, valorar el uso de expansores plasmáticos (Poligelina, Haemacel o Dextran al 5%), pasar a chorro, los primeros 15 a 20 minutos y luego de 40 a 60 gotas por minuto. Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.
- Comunicar la referencia a establecimiento con FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE
(Categorías II-1, II-2)

- Actuar según establecimiento con FONB, además:
- Solicitar hematocrito o hemoglobina, Grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, pruebas cruzadas, bioquímica (urea y creatinina), examen de orina, electrolitos y gases en sangre arterial.
- Manejo interdisciplinario especializado.
- Instalar presión venosa central.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.
- Realizar reto de fluidos según la regla 2 con 5 de la presión venosa central:

- Si la Presión venosa central es menor de 5 cm. H₂O iniciar reto con 5-10 ml / Kg. peso de Cl Na 9%O.
- Medir presión venosa central a los 10 minutos.
- Si la presión venosa central es menor de 2 cm H₂O continuar con cargas cada 10 minutos hasta llevar PVC mayor de 5 cm H₂O.
- Si la presión venosa central aumenta entre 2 y 5 cm H₂O esperar 10 minutos y repetir medición si la PVC no disminuye suspender el reto; si disminuye actuar según el paso anterior.
- Si la presión venosa central aumenta más de 5 cm H₂O o se estabilizan bruscamente los parámetros hemodinámicos suspender el reto.
- Continuar con oxigenación, mantener si saturación de O₂ < 90% y PaO₂ < 60 mm Hg.
- Trasfusión de sangre fresca total si la hemoglobina es menor a 7gr% o la anemia es sintomática (taquicardia, hipotensión, alteración del estado de conciencia), independientemente del valor de la hemoglobina. Tomar en cuenta los niveles de hemoglobina según altitud.
- Identificar y corregir la causa básica de la disminución del flujo sanguíneo. Considerar necesidad quirúrgica.
- Hospitalizar en unidad de cuidados intensivos.

1.6. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Se define como la pérdida sanguínea de origen obstétrico con presencia de alguno de los siguientes criterios diagnósticos:

- Pérdida mayor de 1000 ml de sangre.
- Pérdida mayor al 25% de la volemia.
- Descenso del hematocrito 10 o más puntos.
- Pérdida aproximada de 150 ml/ minuto.
- Descenso de la hemoglobina 4 gr/dl.
- Cambios hemodinámicos que desencadena presencia de síntomas (9).

1.6.1. HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

ABORTO. Es la interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr. (OMS).

Clasificación:

- Aborto Inevitable: Rotura de membranas, pérdida de líquido amniótico, con cuello uterino dilatado.
- Aborto Completo: Es la eliminación total del contenido uterino.
- Aborto Incompleto: Es la eliminación parcial del contenido uterino.
- Aborto Retenido o Diferido: Es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido. Su diagnóstico es por ecografía.
- Aborto Séptico: Complicación infecciosa grave del aborto (8).

Etiología:

- Malformaciones genéticas en 70% de abortos espontáneos.
- Infecciones agudas de compromiso sistémico.
- Deficiencia hormona.
- Enfermedades intercurrentes (8).

Factores de riesgo asociados:

- Edad materna: menor de 15 años o mayor de 35 años.
- Multiparidad.
- Antecedente de aborto previo.
- Patología uterina que compromete su cavidad.
- Embarazo no deseado.
- Enfermedades crónicas (infecciosas, endocrinas).
- Malas condiciones socioeconómicas (desnutrición).
- Violencia Familiar.
- Intoxicaciones ambientales.
- Factores hereditarios (8).

Cuadro Clínico. Gestación menor de 22 semanas con dolor abdominal en bajo vientre y/o sangrado vaginal de cuantía variable con o sin cambios cervicales. Con o sin expulsión del producto de la gestación.

Diagnóstico diferencial:

- Embarazo ectópico.
- Hemorragia uterina disfuncional con periodo de amenorrea previo.
- Enfermedad del trofoblasto (mola hidatiforme).
- Lesiones del canal vaginal.
- Patología cuello uterino y vagina (cáncer ginecológico, pólipos, cervicitis, etc.).

EMBARAZO ECTOPICO. (Desarrollado en el punto 2)

1.6.2. HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

Sangrado variable que se presenta después de las 22 semanas de gestación, que puede estar acompañado o no de dolor abdominal (9).

Etiología

Placenta previa	DPP	Rotura uterina
Implantación anormal de la placenta por carencia de superficie adecuadas en el fondo uterino	Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio inter veloso, rotura, hematoma y desprendimiento placentario	Rotura de las fibras musculares del útero sujeto a estiramiento excesivo, que vence su capacidad de distensión

Factores de riesgo asociados:

Placenta previa	DPP	Rotura uterina
<ul style="list-style-type: none"> - Gran Multípara - Mayor de 35 años - Antecedente de: legrado uterino, endometritis, cesárea, miomectomía. - Periodo inter genésico corto - Placenta grande o - Anormalmente insertada. - Tumores uterinos 	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedente de DPP. - Preeclampsia. - Cordón corto. - Consumo de cocaína, PBC - Embarazo múltiple. - Polihidramnios - Traumatismo abdominal. - Iatrogenia: - Uso indebido de oxitocina, misoprostol, versión externa 	<ul style="list-style-type: none"> - Cirugía uterina previa - Desproporción feto pélvica - Trabajo de parto disfuncional - Gran Multípara - Antecedente de legrado uterino y/o infección uterina. - Iatrogenia: - Uso indebido de oxitocina, - Maniobra de Kristeller, - Parto instrumentado, - Versión externa

Cuadro clínico

- Gestación mayor de 22 semanas.
- Sangrado genital.
- Usualmente presencia de dinámica uterina.
- Compromiso de la vitalidad fetal y materna (9).

Diagnóstico diferencial

CLÍNICA	PLACENTA PREVIA	DPP	ROTURA UTERINA
Sangrado vaginal	Rojo vivo	Rojo oscuro (ausente en DPP oculto 20% casos)	Rojo oscuro escaso Puede ser oculto.
Tono uterino	Normal	Aumentado	Hiperdinamia en inminencia de rotura uterina. Cese de contracciones uterinas y palpación de partes fetales en rotura establecida.
Dolor	Ausente	Presente	Presente, luego cesa
Latidos cardiacos fetales	Variables o ausentes	Variables o ausentes	Variables o ausentes.
Cambios hemodinámicos	Depende del volumen de pérdida sanguínea: Taquicardia o hipotensión		

1.6.3. HEMORRAGIA POSTPARTO.

Se define como el sangrado mayor de 500 ml en un parto vaginal a partir del trato genital una vez terminado tercer periodo del trabajo de parto y en caso de cesáreas, pérdida de sangre mayor a 1000 mL o una perdida menor asociada a signos de shock (11).

Etiología (9)

Hemorragia temprana	Hemorragia tardía
Atonía uterina (70%) Laceraciones o hematomas (20%) Retención de placenta o restos placentarios (9%) Coagulación intravascular diseminada Inversión uterina Rotura uterina.	Retención de restos placentarios Endometritis Su involución uterina Pólipo placentario Retorno anormal de la menstruación

Cuadro clínico

- Sangrado vaginal abundante.
- Taquicardia.
- Hipotensión arterial.
- Taquipnea.

Criterios diagnósticos (8).

Atonía uterina: Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae.

Retención de placenta: Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.

Retención de restos placentarios y/o restos de membranas: Sub involución uterina, placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares).

Lesión de canal del parto: Sangrado continuo con útero contraído.

Inversión uterina: Útero no palpable a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal. Dolor hipogástrico agudo.

Diagnóstico diferencial: Trastornos de la coagulación.

Factores de riesgo (8,10).

Factores	Atonía uterina	Retención Placenta	Retención de restos placentarios	Lesión del canal del parto	Inversión uterina
Antecedentes	Multiparidad mayor de 4 Gestante añosa: > 35 años.	Cicatriz uterina previa. Legrado uterino múltiples.	Cicatriz uterina previa. Legrado uterino múltiples.	Primigesta	Inversión uterina previa
Características	<ul style="list-style-type: none"> - Macrosomía - Polihidramnios - Embarazo múltiple - DPP - Parto prolongado - Parto precipitado - Corioamnionitis - Fibromatosis uterina - Obesidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Fibromatosis uterina - Adherencia anormal de la placenta - Anomalías uterinas - Corioamnionitis - Prematuridad 	<ul style="list-style-type: none"> - Adherencia anormal de la placenta - Lóbulo placentario aberrante - Antecedente de abortos 	<ul style="list-style-type: none"> - Feto macrosómico - Parto precipitado - Expulsivo prolongado - Parto instrumentado - Extracción podálica - Periné corto, fibroso - Varices vulvar y vaginal. 	Placenta adherida
Intervenciones	-Mal uso de oxitócicos, anestésicos generales, sulfato de Mg.	-Mala conducción del parto. -Mal manejo del alumbramiento	- Mala conducción del parto. - Mal manejo del alumbramiento	- Mala técnica de atención del expulsivo	- Mala técnica de atención del alumbramiento.

2. EMBARAZO ECTÓPICO.

El embarazo ectópico es definido como la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina, siendo más frecuente en la región ampular de las trompas de Falopio (3).

Es aquella gestación que anida fuera del endometrio. La localización más frecuente del embarazo es tubárica, sobretodo en la porción ampular de la trompa, seguida de la porción ístmica de la misma (ambas localizaciones constituyen el 95 – 97 % de todos los embarazos ectópicos. Con menor frecuencia puede aparecer un en la porción intersticial y mucho más raramente en el ovario o en el cérvix (12).

2.1 ETIOLOGÍA

Aunque la etiología es desconocida, los factores de riesgo relacionado con mayor incidencia incluyen

- Alteraciones orgánicas de la trompa: salpingitis adherencias peritubárica, tumores de la trompa, endometriosis, cirugía previa (esterilización o reconstrucción tubárica).
- Movilidad tubárica alterada.
- Reflujo menstrual.
- Reproducción asistida.
- Anticoncepción fallida en su función (12).

Todos estos factores son responsables de que el embrión no llegue a su destino. anomalías intrínsecas del cigoto también se han relacionado con el desarrollo del embarazo ectópico (12).

Riesgo de embarazo ectópico después de anticoncepción de emergencia es un hecho conocido y con el aumento de la demanda por este método, es esperable un mayor número de casos en el futuro. Se presenta un caso de embarazo ectópico después del fracaso de la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel.

2.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de no siempre es fácil por el amplio espectro de presentaciones clínicas, desde casos asintomáticos hasta abdomen agudo con shock hemodinámico. Una de las presentaciones más frecuentes incluye uno o todos los elementos de la triada clásica: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal (3).

La presentación clínica ha cambiado considerablemente en los últimos años. Aunque la incidencia ha aumentado, la frecuencia de la rotura tubárica, aborto tubárica y de otras complicaciones graves ha disminuido de forma muy importante, debido a la mayor exactitud de los métodos diagnósticos permiten detectar el embarazo ectópico en fases asintomáticas y precoces del proceso. Esto también ha permitido desarrollar diferentes protocolos de tratamiento no quirúrgico, así como técnicas quirúrgicas menos invasivas (12).

Por lo tanto, podemos encontrarnos con el embarazo ectópico en distintas fases:

- **Totalmente asintomático**
- **Sintomático**, pero sin ruptura presentando la paciente molestias abdominales vagas o dolor abdominal acompañado de pequeñas pérdidas sanguíneas.
- **Accidente hemorrágico agudo**, generalmente causado por rotura tubárica o aborto tubárico con hemorragia peritoneal. En este caso la paciente presentara todos los signos y síntomas de abdomen agudo (defensa peritoneal, Blumerg positivo) y de shock hipovolémico (palidez de piel y mucosas, taquicardia hipotensión, etc.) (12).

2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es imperativo realizar:

- Exploración ginecológica. El examen pélvico es inespecífico, la paciente manifiesta dolor a la movilización cervical y se puede palpar una masa anexial dolorosa. En caso de rotura del embarazo ectópico suele aparecer irritación peritoneal (signo de Blumberg o defensa abdominal) y un cuadro de shock (13).
- Determinaciones seriadas de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana. La β -HCG es producida por las células del trofoblasto y, en las primeras semanas de un embarazo normoevolutivo, duplicando su valor cada 2 días. Un aumento menor es sugestivo de embarazo no viable (aborto o ectópico). Si existe una sospecha de embarazo ectópico. Para el seguimiento, β -hCG se mide en serie de 48 a 72 horas para determinar si el incremento es consistente con un embarazo anormal. Una sola medición de hCG por sí sola no puede confirmar el diagnóstico de embarazo ectópico o normales (13).

La zona discriminatoria se define como el nivel de sobre la cual un embarazo intrauterino debe ser ubicado correctamente con la ECO-TV. Este valor se encuentra en el intervalo de 1500 a 2500 mUI/mL. Por lo tanto, niveles de β -hCG

por encima de la zona discriminatoria con útero vacío a la ECO-TV es altamente sugestivo de embarazo ectópico (10).

- Ultrasonografía. Podemos encontrar la presencia de el endometrio engrosado, un útero vacío, un seudosaco, o la presencia de un saco gestacional fuera de la cavidad uterina, también se menciona la presencia del signo del doble halo en la trompa. Lo más frecuente es encontrar líquido en el espacio de Douglas (13).
- Exámenes auxiliares laboratorio. Hemograma completo, grupo sanguíneo, factor Rh, perfil de coagulación, dosaje cuantitativo de β -hCG sérico, pruebas cruzadas, glucosa, urea, creatinina sérica, examen de orina (10).

2.4. MANEJO (10)

Dependerá de la presentación cuadro clínico, así como de las condiciones en las cuales se encuentre la paciente. Hemodinámicamente estable (embarazo ectópico no complicado).

- Canalizar vía endovenosa con catéter N° 18 e iniciar infusión de solución salina 0.9%.
- Colocar Sonda Vesical (Foley) y cuantificar diuresis horaria. Monitoreo permanente de signos vitales.

2.4.1. TRATAMIENTO EXPECTANTE (10).

Es una opción para mujeres con embarazo ectópico temprano, no roto; que cumpla con las siguientes condiciones: Paciente hemodinámicamente estable sin hemorragia activa o signos de hemoperitoneo. Masa anexial menor de 3cm de diámetro, ecográficamente inerte (Masa heterogénea sin presencia de saco y embrión, y flujo ausente). B-hCG menor de 1000 mUI/mL.

Las pacientes que cumplen los criterios para manejo expectante, de preferencia, debe ser hospitalizada para repetir un nuevo control de β -hCG

a las 48 horas y; además, confirmar su estabilidad hemodinámica, será dada de alta.

2.4.2 TRATAMIENTO MÉDICO (10).

El uso de Metotrexate es una alternativa a la cirugía en mujeres con embarazo ectópico no roto, que cumpla con las siguientes condiciones:

- Paciente hemodinámicamente estable sin hemorragia activa o signos de hemoperitoneo. Masa anexial ecográficamente menor de 3.5cm de diámetro. Sin evidencia de actividad cardíaca embrionaria. B-hCG menor de 5000 mUI/mL.
- Ausencia de líquido libre o menor de 100 mL en fondo de saco posterior a la Ecografía. Ausencia de patologías coadyuvantes que contraindiquen el uso de Metotrexate.

El Metotrexate se administra 50mg por m² de superficie corporal, por vía intramuscular profunda.

Es importante recalcar que las siguientes condiciones son contraindicación para recibir Metotrexate: Inmunodeficiencias, alcoholismo crónico, enfermedades renales, enfermedades hepáticas, enfermedades pulmonares activas, discrasias sanguíneas, úlcera Péptica. Por ello, toda paciente que reciba un esquema de Metotrexate, previamente, debe contar con hemograma completo, perfil de coagulación, perfil hepático y perfil renal normales.

El primer control de β -hCG se realizará al 4^o día post-Metotrexate, el cual debe evidenciar una caída de más del 15% de su valor inicial. Adicionalmente se realiza una medición al 7^o día el cual debe evidenciar una caída de más del 25% de su valor inicial, asociado a un primer control ecográfico transvaginal. Posteriormente, se realizará seguimiento con β -hCG semanal hasta su negativización. posteriormente, el control de β -hCG será semanalmente hasta su negativización.

2.4.3 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (10).

Manejo Quirúrgico Conservador (Salpingostomía)

Es importante mencionar que, para la realización de la Salpingostomía, lo más importante es el tamaño de la masa anexial y el estado de la trompa; y es independiente de la presencia de actividad cardiaca embrionaria y de los niveles de β -hCG¹⁰.

El primer control de β -hCG se realiza 24 horas post-Salpingostomía, el cual debe haber disminuido 50% o más de su valor inicial; ello predice una tasa global de éxito de 85%, y bajas tasas de embarazo ectópico persistente.

Posteriormente, se realizará seguimiento con β -hCG semanalmente hasta su negativización.

Si en el curso del seguimiento se presentara una meseta o incremento del nivel de β -hCG, se puede optar por administrar una dosis de Metotrexate de acuerdo a manejo médico. El riesgo de embarazo ectópico persistente es de 3% - 11% vía laparotomía, y de 5% -20% vía laparoscópica. Además, la tasa de embarazo intrauterino subsiguiente es de 55% aproximadamente.

Manejo Quirúrgico Radical (Salpinguectomía) (10).

Es la remoción total o segmentaria de la Trompa de Falopio. Es preferible desde un punto de vista puramente quirúrgico, porque se garantiza la hemostasia lo mismo que la extracción de los productos de la concepción de una manera que no puede ofrecer el tratamiento quirúrgico conservador.

En pacientes que se encuentran hemodinámicamente estables, la salpinguectomía debe ser considerada de primera opción si se presentan las siguientes condiciones:

Masa anexial ecográficamente mayor de 4cm de diámetro. Presencia de líquido libre a la exploración ecográfica que, en el intraoperatorio de una salpingostomía de primera intención, no se logre una hemostasia adecuada o se evidencien signos de descompensación hemodinámica. Embarazo ectópico recurrente en la misma trompa. Falla del tratamiento médico. No deseos de fecundidad futura y/o paridad satisfecha.

2.4.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA (8).

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias y Básicas – FONP Y FONB (Categorías I-1, I-2, I-3, I-4)

- Identificar signos de peligro y factores asociados.
- Sospecha diagnóstica: estabilizar y referir inmediatamente.
- Vía segura con CI_{Na} 9%O con catéter endovenoso N° 18.
- Referencia oportuna con las siguientes medidas:
- Vía segura con catéter endovenoso N°18.
- Vía aérea permeable, si tiene oxígeno con catéter nasal a 3 lts. por minuto.
- Posición decúbito dorsal.
- Abrigo adecuado.
- Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.
- Acompañante potencial donante de sangre.
- Comunicar al sitio de referencia.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (Categorías II-1, II-2)

- Hospitalizar
- Establecer vía endovenosa segura
- Valorar el estado hemodinámico:
- Estable: Realizar pruebas para confirmar el diagnóstico.
- Inestable: Laparotomía exploratoria.
- Realizar exámenes auxiliares: Hemoglobina, grupo sanguíneo y factor RH, Beta -HCG.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.
- Embarazo ectópico no complicado: Tratamiento médico, o laparotomía exploratoria de requerirse.
- Embarazo ectópico complicado: Laparotomía.

- Tratamiento médico: aplicable en paciente bajo control, asintomática, con embarazo ectópico íntegro, saco gestacional menor de 40 mm, sin actividad cardíaca embrionaria y niveles de Beta HCG menor de 5,000 UI / ml. con Metrotexate 50 mg por metro cuadrado de superficie corporal vía intramuscular.
- Técnica quirúrgica de laparotomía:
- Lo primordial es cohibir la hemorragia con el mínimo daño a los órganos reproductivos ante la expectativa de nuevos embarazos. Asimismo, es importante:
 - Lavado de la cavidad abdominal con solución salina.
 - Dejar, si es necesario, drenajes intraabdominales (8).

2.5. CRITERIOS DE ALTA.

Los mismos de toda cirugía abdominal. Educar a la paciente y su familia sobre los signos de alarma que se pudieran presentar; así como sobre los riesgos de un nuevo embarazo (8).

2.6. PRONÓSTICO.

En general es favorable. Es reservado ante la expectativa de nuevas gestaciones, por lo que es importante que la mujer conozca los resultados de la cirugía y la historia clínica esté adecuadamente documentada (8).

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

HISTORIA CLINICA

1. ANANMNESIS:

1.1 Filiación

- **Nombre** : Cynthia Heidy Nates Vilca
- **Edad** : 35 años.
- **Fecha de nacimiento** : 29-05-1983
- **Sexo** : Femenino
- **Estado civil** : Conviviente
- **Religión** : Católica
- **Idioma** : Castellano
- **Grado de instrucción** : Superior universitaria completa (Enfermería)
- **Ocupación actual** : Ama de casa
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Dirección** : Calle Comandante Canga 2107. Mariano Melgar
- **Procedencia** : Arequipa
- **Fecha de ingreso** : 03/12/2018
- **Fecha de elaboración** : 04/12/2018
- **Informante** : Paciente

1.2 Enfermedad actual

- **Tiempo de enfermedad:** 1 día.
- **Síntomas principales:** Presento dolor abdominal intenso, ansiedad y presenta amenorrea.

1.3 Relato de la Enfermedad Actual:

Paciente refiere dolor tipo cólico desde las 6 horas aproximadamente, el cual se hace intenso con el pasar de las horas por lo que decide acudir al servicio de emergencia en compañía de su pareja.

1.4 Funciones biológicas:

- **Orina:** Clara.
- **Heces:** Conservado.
- **Sueño:** Disminuido.
- **Sed:** Disminuido.
- **Apetito:** Disminuido.

1.5 Antecedentes:

1.5.1 Fisiológicas:

Presento un desarrollo normal, las inmunizaciones son completas durante su niñez, así como también el desarrollo psicomotor.

1.5.2 Patológicos:

- Enfermedades virales: Niega.
- Enfermedades crónicas: Diabetes.
- Cirugías:
 - Legrado uterino (2014).
 - Salpingectomía por embarazo ectópico complicado (2017).
 - Fractura de cadera por accidente de tránsito (2016).
- Alergias: Niega.
- Transfusiones: Si.
- Medicación: refiere durante el embarazo recibió tratamiento de Diabetes.

1.5.3 Gineco-obstétricos:

- **Menarquia:** 13 años.
- **Inicio de relaciones sexuales:** 23 años.
- **Parejas sexuales:** 3 parejas.
- **Régimen catamenial:** 4/28.
- **Dismenorrea:** No.

- **Métodos anticonceptivos:** Preservativos, Levonorgestrel, inyectable trimestral.
- **Infecciones ginecológicas:** Vulvovaginitis.
- **Formula Obstétrica:**

G: 3 P: 1

- Nro. De gestaciones : 3
- Nro. De partos a término : 1
- Nro. De partos prematuros : 0
- Nro. De abortos : 2
- Nro. De hijos vivos : 1
- **Examen de mamas** : Ninguno.
- **PAP** : Mayo del 2018 sin resultados.

1.5.4 Embarazo actual:

- **Fecha de última menstruación** : 08-10-2017
- **Fecha probable de parto** : 16-07-2018
- **Controles prenatales** : 0
- **Evaluación nutricional** : Sobrepeso
- **Peso previo** : 72 kg
- **Talla** : 169 cm
- **IMC** : 27.31
- **Peso actual** : 78kg
- **Ganancia de peso** : 0
- **Actividad sexual** : No
- **Gestación planificada** : No

1.5.5 Patología de embarazos anteriores:

- **Primer embarazo:** En el 2014 tuvo un aborto espontaneo completo.

- **Segundo embarazo:** En el 2016 tuvo parto eutócico con tratamiento de reproducción asistida.
- **Tercer embarazo:** En el 2017 presentó un embarazo ectópico complicado en el cual presentó shock hipovolémico y recibió transfusión sanguínea.

1.5.6 Familiares.

- **Padre:** 62 años sano aparentemente.
- **Madre:** 63 años sana aparentemente.
- **Pareja:** 38 años sano aparentemente.
- **Hijo:** 2 años sano aparentemente.

1.5.7 Socioeconómicos.

- Casa de un piso de material noble cuenta con los servicios de agua, luz, desagüe, cable, internet, recojo de basura diario. No mascotas.

1.5.8 Alimentación:

- Dieta balanceada.

1.5.9 Hábitos nocivos:

- Te : Una vez al día.
- Café : Niega
- Tabaco : Niega
- Alcohol : Niega
- Drogas Ilegales : Niega

1.6 EXAMEN FÍSICO:

1.6.1. General:

Se encuentra regular estado general, despierta y orientada en tiempo espacio.

Colabora con el interrogatorio encontrándose ansiosa y agitada al responder, con sudoración fría.

Funciones vitales:

- Presión Arterial: 90/60 mm de Hg.
- Frecuencia cardiaca: 100 pulsaciones por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 18 por minuto.
- Temperatura: 36 °C
- Peso: 72 kg
- Talla 1.69 cm
- IMC: 27.31

1.6.2. Piel y Faneras:

- **Piel:** Pálida, sudorosa.
- **Pelo:** De color castaño tinturado de regular implantación con adecuada cantidad.
- **Uñas:** Se encuentran en buen estado de conservación, pálidas y convexas, buen estado e higiene, presenta relleno capilar de 2 segundos aproximadamente.

1.6.3. Cabeza:

- **Cráneo:** Normocéfala, consistencia dura, sin depresiones, no se palpan tumores, no hay dolor a la movilidad.
- **Facies:** Pálida.
- **Pupilas:** Redondas, centrales e isocóricas.
- **Conjuntiva palpebral:** Pálida.
- **Corneas transparentes.** Iris es de color café.
- **Agudeza visual.** Esta conservada.
- **Pestañas.** De implantación y cantidad, de color negro.
- **Cejas.** Cantidad escasa color negro, implantación adecuada.
- **Nariz:** Tabique central, de conformación normorrinea con fosas nasales permeables, sin presencia de secreciones.

- **Oídos:** Es de buena implantación con audición conservada, con canal auditivo permeable sin presencia de secreciones.
- **Boca:** Simétrica móvil con labios resacos mucosas orales resacas, lengua saburral blanquecina y móvil. Orofaringe no congestiva.
- **Dientes:** Piezas dentarias con curaciones en buen estado de conservación.

1.6.4. Cuello:

Con forma cilíndrica, central posición sin presencia de adenopatías.

Posición central, formas cilíndricas, no adenopatías. No se palpa tiroides.

1.6.5. Tórax:

Es móvil y simétrico, sin retracciones intercostales con ampliación conservada, así como también la elasticidad. Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares sin ruidos.

1.6.6. Mamas:

Blandas, simétricas, turgentes con pezón bien conformado hiperpigmentado sin tumoraciones

1.6.7. Cardiovascular:

Los ruidos cardiacos rítmicos se encuentran regulares, no se auscultan soplos. Ruidos cardiacos fonéticos normales.

1.6.8. Abdomen:

A la palpación se encuentra blando con dolor en fosa iliaca izquierda. Signo de Blumerg positivo. No se presenta viceromegalias. Cicatriz de cesárea central en buen estado.

1.6.9. Genitourinario:

Puño percusión lumbar negativo, se evidencia puntos renoureterales negativos.

Al Examen ginecológico se evidenció genitales externos sin particularidades, no doloroso a la maniobra de movilización.

Al tacto vaginal: Vagina amplia elástica profunda con cuello uterino posterior con orificio interno cerrado. No se logra objetivar masas por dolor y resistencia muscular.

1.6.10. Columna vertebral y extremidades:

Se encuentra no dolorosa a la palpación sin desviaciones ni desviaciones.

1.6.11. Linfáticas:

No se palpan adenopatías sin linfadenoma.

1.6.12. Neurológico:

Paciente despierta orientada en tiempo y espacio, alerta con respuesta al estímulo verbal, sin déficit motor, el tono muscular está conservado.

1.6.13. Extremidades inferiores

Sin presencia de edemas ni varices.

1.6.14. Reflejos osteotendinoso:

Conservado (++)

1.7 IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- Abdomen agudo quirúrgico
- Embarazo ectópico ístmico izquierdo complicado.
- Shock hipovolémico.
- Periodo intergenésico corto.

1.8 TRATAMIENTO:

- Cloruro de Sodio 0.9% / 1000cc (500 ml) a chorro seguido de (30 gotas) por minuto endovenoso.
- Poligelina 500ml endovenoso.
- 2 paquetes Globulares Rh 0+.

1.9 INDICACIONES:

- Nada por vía oral.
- Ecografía ginecológica.
- Se programa para sala de operaciones de emergencia para realizarle laparoscopia exploratoria.

1.10 EXAMENES AUXILIARES:

- **Examen Ecográfico:** Se efectúa ecografía de urgencia que no muestra embarazo intrauterino con útero con endometrio de 18mm se evidencia masa anexial izquierda con anillo tuba rico de 35x25mm. El útero se encuentra en posición y situación de anteversoflexión de 76x50x54. El fondo de saco de Douglas se evidencia líquido libre.
- **FIO2:** 0.21 Concentración inspiratoria de O2 normal.
- **Examen AGA Y Electrolitos.**

03/12/2018 12: 07 hrs.	03/12/2018 12: 36 hrs	03/12/2018 18:10 hrs.
Medidos:	Medidos:	Medidos:
p H: 7.32	p H: 7.43	p H: 7.43
p C O 2: 25	p C O 2: 30	p C O 2: 31
p o 2: 328	p o 2: 293	p o 2: 38
k+: 3.9	k+: 3.1	k+: 3.7
Ca ++: 1.17	Ca ++: 1.43	Ca ++: 1.21
Glu: 161	Glu: 141	Glu: 175
Lac : 3.2	Lac : 2	Lac : 2.8
Htc: 33%	Htc: 21%	Htc: 28%
Calculados:	Calculados:	Calculados:
Ca ++: 1.13	Ca ++: 1.43	Ca ++: 1.22
HCO3: 12,9	HCO3 19.9	HCO3 20.6
HCO3 std : 15.9	HCO3 std 21.9	HCO3 std 22.1
TCO2: 13.7	TCO2: 20.8	TCO2: 21.6
Hb: 10.2	Hb: 6.5	Hb: 9.2

- **Exámenes hemoglobina seriada**

04/12/2018 19:10 hrs.

- PLAQUETOCRITO: 0.20
- ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIO: 12.3
- LEUCOCITOS: 11.2
- RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS: 2.84
- ERITROCITOS: 3.10
- HEMOGLOBINA: 9.2
- HTO:26.30
- VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO: 93
- HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA: 32.4
- PLAQUETAS: 261
- VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO: 7.8
- ABASTONADOS: 04
- SEGMENTADOS: 8.48
- NEUTROFILOS: 75.4
- EOSINOFILOS: 0.60
- BASOFILOS: 0.2
- MONOCITOS: 7.8
- LINFOCITOS: 15.8

Finalmente, la descripción de la operación se encuentra hallazgo de sangre libre en cantidad aproximadamente de 2000 cc y coágulos en regular cantidad, el útero aumentado de tamaño compatible con gestación de 10 semanas, ovarios normales. Trompa izquierda con solución de continuidad de 5mm con sangrado activo. No se observa trompa derecha. Quiste paraovárico derecho de 3x2 mm.

Se procedió a realizar incisión de Losange, disección por planos de la cavidad identificación de hallazgos descritos, resección simple de quiste anexial.

A las 02:30 horas en el post operatorio inmediato de operación laparotomía de embarazo ectópico izquierdo ístmico complicado y quiste anexial, es

evaluada y se encuentra tranquila con leve dolor en herida operatoria, su presión arterial es 90/60mmhg.

1.11 TRATAMIENTO POST OPERATORIO:

- Dextrosa 5% 1000ml con 2 ampollas de Hipersodio 20% vía endovenoso.
- Metamizol 2gr Endovenoso cada 8 horas
- Amikasina 1gr Endovenoso cada 24 horas
- Clindamicina 1gr Endovenoso cada 24 horas
- 2 paquetes globulares endovenoso.

El día 4-12-2017 a las 07:30 presenta una evolución favorable aun con leve dolor en zona abdominal con la siguiente medicación:

- Dextrosa 5% 1000cc con Hipersodio 20% 2 ampollas vía endovenoso.
- Amikasina 1gr endovenoso cada 24 horas.
- Clindamicina 1gr endovenoso cada 24 horas.

1.12 ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Hospital Edmundo Escomel - Essalud Arequipa.

Paciente acudió aproximadamente a las 09:30 hrs el día 03-12-2018 refirió dolor abdominal intenso desde hace 1 hora, así como también amenorrea. Niega sangrado vaginal.

Al examen:

P.A.:90/60 T°:36.5 Pulso: 78 Respiración: 22 por minuto

A la palpación hay dolor fosa iliaca izquierda (+). Signo de Blumberg (+). No se evidencia sangrado genital.

La prueba de embarazo cualitativa en suero resulta positiva.

Se activa clave roja colocándole doble vía endovenosa permeable con solución cristaloide cloruro de Sodio 0.9% / 1000cc (500 ml) a chorro seguido de (30 gotas) por minuto endovenoso.

Por lo que se realiza la referencia a hospital de mayor nivel de complejidad en compañía de personal obstetra con el diagnóstico de embarazo ectópico complicado.

Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo - Essalud Arequipa.

Para una atención especializada. Llega a las 12:00 aproximadamente con un diagnóstico de embarazo ectópico complicado.

Es evaluada con funciones vitales estables:

Presión arterial: 90/60. Pulso 100 por minuto. Temperatura 36.6 °C.

Una de las vías endovenosas se encuentra obstruida a la llegada al servicio de Emergencia por lo que nuevamente es canalizada y se procede a pasarle 500 mL poligelina.

Indican exámenes de laboratorio de AGA y electrolitos encontrándose una acidosis metabólica con alcalosis respiratoria por lo cual se alteró su medio interno y se evidencia hiperglicemia.

El manejo realizado del caso se realizó la referencia a un hospital de mayor complejidad para realizar la secuencia del manejo del caso de shock hipovolémico.

- Realizándose de manera rápida y oportuna salvando la vida de la paciente.
- La gestante fue estabilizada de forma adecuada detectando en primera instancia la detección de la clave roja y se realizó la evaluación correspondiente según el nivel de atención realizándose el sistema de referencia y contra referencia.
- Con respecto al embarazo ectópico complicado, si se produce rotura de la trompa o del útero la gestante aqueja de un aumento espontáneo del dolor abdominal, se acelera el ritmo cardíaco, hay hipotensión, palidez y sudoración, con deterioro rápido del estado general, conllevando rápidamente shock hipovolémico y abdomen agudo. El manejo del tratamiento del embarazo ectópico depende del cuadro clínico, de las condiciones de la paciente, los hallazgos a la laparotomía, la habilidad del cirujano, las condiciones quirúrgicas del medio, los deseos de un futuro embarazo y el pronóstico de la intervención que pueda practicarse.

- En aplicación a lo mencionado, en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, y paciente se le practicó inmediatamente una laparotomía exploratoria, y se le estabilizó salvando la vida de la paciente. También recibió medicación y se dispuso.



CAPITULO III

DISCUSIÓN:

- El Shock hipovolémico en es un desequilibrio metabólico de la oferta y la demanda al nivel tisular ocasionando una inadecuada oxigenación a nivel tisular por la inadecuada perfusión el cual presenta cuadro clínico variable que debe ser identificado en forma rápida.
- Fue de vital importancia el reconocimiento de signo y síntomas del embarazo ectópico motivo por el cual la paciente acudió de forma rápida al servicio de emergencia y de esta manera recibir atención médica para la detección oportuna de la complicación y activar de forma inmediata la clave roja.
- Hubo déficit en la atención primaria por lo cual la prevención de embarazo no deseado, a pesar de ser una paciente de riesgo reproductivo ya que tuvo antecedente de un anterior de embarazo ectópico el año pasado por lo cual no acudió a un servicio especializado de planificación familiar y no uso método anticonceptivo de manera adecuada trayendo las consecuencias antes expuestas de un embarazo no deseado el cual posteriormente se le complica y pone en riesgo su vida.
- Se debería promover en la atención primaria la salud sexual y reproductiva teniendo alcances la mayor parte de mujeres en edad fértil y las que tienen factores de riesgo a desarrollar una complicación de causa obstétrica.

CONCLUSIONES:

- Los objetivos de la investigación fueron, identificar los antecedentes obstétricos de una paciente con riesgo a sufrir una hemorragia de causa obstétrica en la primera mitad del embarazo, evitar su progresión de las formas severas de shock hipovolémico.
- La importancia de control prenatal precoz, así como la atención prenatal con enfoque de riesgo previene muertes maternas o estadios complicados de shock hipovolémico.
- El reconocimiento de los signos de alarma del embarazo fue trascendental en el caso clínico presentado porque la paciente acudió al servicio de emergencia del Hospital Edmundo Escomel por lo que fue posible estabilizarla para luego referirla a al Hospital de mayor capacidad resolutoria que fue el Hospital Carlos Segúin Escobedo de Arequipa, en el que se le hizo el diagnóstico temprano de Embarazo ectópico complicado, lo que fue objeto de tratamiento inicial activando la clave roja para posteriormente practicarle una salpingectomía con resultado salvar su vida.

RECOMENDACIONES:

- Se debe tener presente que la información que se dispone de los antecedentes obstétricos de una paciente es de suma importancia, porque nos va a permitir realizar un eficaz diagnóstico de complicaciones a través de la historia clínica completa.
- Se recomienda adjuntar los documentos como resultados de ecografías los cuales son descritos en la historia clínica de manera simplificada.
- El presente estudio recomienda que la historia clínica debe ser llenada correctamente, con letra legible, también la hoja de referencia completa con toda la información, los exámenes auxiliares realizados. Es de mucha importancia para las pacientes que tienen complicaciones se tenga en cuenta la detección, seguimiento, control, tratamiento y sobre todo los establecimientos de salud deben contar con el kit de clave roja de emergencias Obstétricas.
- Es de vital importancia la capacitación permanente del personal asistencial de los establecimientos de salud para la mejor de las prácticas y manejo adecuado de protocolos que permitan salvar vidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. WHO, UNICEF, UNFPA, OMS. *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015 Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas*; [seriada en línea].2015.[Citado 2018 Dic 4] (12 paginas).Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf?jsessionid=3727B3276FC7F2631B620CC9DF884D53?sequence=1
2. MINSA. Boletín epidemiológico 2017- *Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú 2017*. [Citado 2018 Dic 4] 26(47) (3 paginas). Disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/47.pdf>
3. Stovall T. *Aborto precoz y embarazo ectópico*. Berek J. Ginecología de Novak.14a ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2006. (17– 46)
4. Cunnigham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Embarazo ectópico*. Williams Obstetricia. 23a ed. USA: McGraw Hill Education; 2010. (757-79).
5. B Rodríguez Llerena B, Cruz de los Santos H, Rodríguez Armada CA, Hernández Martínez LI. *Shock hipovolémico*. Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos de Cuba [seriada en línea].2006; [Citado 2018 Dic 5]. 11(1) (3paginas). Disponible en <http://files.urgenciasmedicas.webnode.es/200000030ab15bacd8b/Shock%20Hipovol%C3%A9mico.pdf>
6. Enseñat Álvarez A, Rojas Santana O B, Díaz Mesa A, Fleites Gómez A. *Guía de práctica clínica para el shock hipovolémico*. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos de Cuba. [seriada en línea] . 2009; 7(1) (7paginas). Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020082037.pdf>

7. Mejía Gómez LJ, *Fisiopatología choque hemorrágico*. REVISTA MEXICANA DE ANESTESIOLOGIA.2014. [Citado 2018 Dic 4] 37(1) (6 paginas) Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cmas141v.pdf>
8. MINSA. Dirección general de salud de las personas. Dirección de calidad en salud. Dirección de servicio de Salud. Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva *Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva*.2010.
9. ESSALUD. Gerencia central de prestaciones de Salud. Gerencia de prestaciones Hospitalarias.Subgerencia de Servicios Finales. Comité Nacional de Análisis de Mortalidad Materna. Clave Roja: *Hemorragias de la segunda mitad del embarazo y postparto. Guía de práctica Clínica Basada en Evidencias*.2016.
10. MINSA.Instituto Nacional Materno Perinatal. *Guías de atención clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología*.2010.
11. Ramanathan G. *Post partum Haemorrhage*. *CurrentObstetrics Gyanaecology*.2006;16(6-13).
12. Bajo Arenas JM. *Ultrasonografía. Obstétrica*. Madrid. Marban;2008.
13. Guevara-ríos E. *Hemorragias de la primera mitad del embarazo* Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 56(1): 10-17.

ANEXOS

FORMATO DE SOLICITUD REFERENCIA
FORMATO DE SOLICITUD REFERENCIA

Número de Referencia	EsSalud <input checked="" type="checkbox"/> Extrainstitucional	Organización	Área Destino
DNI	PRESS Origen	HIEE	C. Externa
Día Mes Año	Servicio de Origen	Ginecología	Hospitalización
03 12 2018	Beneficio de Destino	HECASE Ginecología	Emergencia <input checked="" type="checkbox"/>
	Número de Acto Médico		Ayuda Dx
	Tipo de Seguro:	Regular Independiente	H. Clínica N°

I. Identificación del paciente

Apellido paterno	Nombre	Edad	35
Apellido materno	Virca	Sexo	Fem
Nombres	Cynthia	Teléfono Fijo	
Correo electrónico		Teléfono Celular	

II. Resumen de la historia clínica (signos y síntomas)
E: 35 Ful: 8/10/18 ?? Co y P. 1031. MAC (-)
Paciente refiere dolor intenso desde lazo (1 lazo en la maldición inferior. Niega sangrado vaginal. Abs. G. 1031. +1. Síndrome en laparoscopia. Lepto (+). Cerex paterna. Ock audio. No sangrado genital.
Resultados de Pruebas Diagnósticas:

Diagnóstico de referencia	Presuntivo	Definitivo	CIE 10
1. Embarazo ectópico complicado		<input checked="" type="checkbox"/>	0100
Motivo de referencia	Manejo de nivel.		

Tipo de Transporte según prescripción médica
Terrestre Fluvial Aéreo

Requiere acompañante NO Tipo de Acompañante Familiar Asistencial

Sustento en caso requiera acompañante terrestre o fluvial:

III. Sustento del pasajero aéreo del paciente
Dr. Sonia María Briceño Cardillo
C.M.P. 20053
Hospital I. Edmundo Escamez
EsSalud

Procede No procede

IV. Sustento del pasaje aéreo para el acompañante

HISTORIA CLINICA BREVE DE EMERGENCIA

PROCEDENCIA: _____ FONDO: _____ G. USUARIO: I II III IV
FECHA: _____ HORA ADM.: _____ TOPICO: _____
NOMBRE: _____ H.C.: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ ACTO MED.: _____
EMERG. URO S-T ACO. COM TRABAJO TRANS TERCEROS

HR. ATENC. MEDICA: 12⁰⁰ ANT. IMP.: EE dya^(D) antes, Eem 2018
ALERGIAS _____ OPERAC.: _____
MEDICACION ACTUAL _____

RELATO TIEMPO ENF.: TE / dr INICIO: BRUSCO INCIDIOSO
Refrenda de Hy E Ees por Efig. Catopim
Cylucido.
Dura arterial a pedan FII

EX. CLINICO GRAL: _____

CONCIENTE INCONC. GLASGOW PUPILAS ESCARAS FLEBITIS
PA. 96/60 T°O 36.6, T°R _____ P: 96x FR: _____
AP. RESP.-TORAX: Estable
C. VASCULAR: _____

EX PREFERENCIAL - CABEZA - CUELLO A.B.D. - G.O. - A. LOCOMOTOR - S.N. - OTROS _____
Clasma blado, dolor de vena
claudicante
Efig. Uter vena erdetim 18mm
Uter vena erdetim. Pr vena
claudicante. vena actual vena
de 35x25mm Uter e B VIF de 76x50x54

www.essalud.sld.pe

Estado: ACEPTADO
13/12/2018 12:36:20
Tipo muestra:
Arterial
Muestra No.: 100
Paciente:
ID:
OBSTETRICIA
Instrumento:
Modelo: GEM 3000
S/N: 26704

Medidos (37.0C)

	pH	7.43	
mm	pCO ₂	30	mmHg
mm	pO ₂	293	mmHg
mm	Na+	139	mmol/L
mm	K+	3.1	mmol/L
mm	Ca ⁺⁺	1.43	mmol/L
mg	Glu	141	mg/dL
mm	Lac	2.0	mmol/L
%	Htc	21	%

Calculados

mm	Ca ⁺⁺ (7.4)	1.45	mmol/L
mm	HCO ₃ ⁻	19.9	mmol/L
mm	HCO ₃ std	21.9	mmol/L
mm	TCO ₂	20.8	mmol/L
mm	BEecf	-4.4	mmol/L
mm	BE(B)	-4.0	mmol/L
%	SO ₂ c	100	%
g/d	THbc	6.5	g/dL

CDFS

Estado: ACEPTADO
03/12/2018 12:07:33
Tipo muestra:
Arterial
Muestra No.: 99
Instrumento:
Modelo: GEM 3000
S/N: 26704

Medidos (37.0C)

pH	7.32	mmHg
pCO ₂	25	mmHg
pO ₂	328	mmol/L
Na+	134	mmol/L
K+	3.9	mmol/L
Ca ⁺⁺	1.17	mmol/L
Glu	161	mg/dL
Lac	3.2	mmol/L
Htc	33	%

Calculados

Ca ⁺⁺ (7.4)	1.13	mmol/L
HCO ₃ ⁻	12.9	mmol/L
HCO ₃ std	15.9	mmol/L
TCO ₂	13.7	mmol/L
BEecf	-13.2	mmol/L
BE(B)	-11.7	mmol/L
SO ₂ c	100	%
THbc	10.2	g/dL

HBCASE ESSALUD
LABORATORIO - EMERGENCIA

Estado: ACEPTADO
03/12/2018 18:10:48
Tipo muestra:
Arterial
Muestra No.: 210
Paciente:
No identif.:
NATES
Nombre:
VILCA
Instrumento:
Modelo: GEM 3000
S/N: 26702
Nombre: EQUIPO II

Medidos (37.0C)

pH	7.43	
#pCO2	31	mmHg
#pO2	38	mmHg
Na+	142	mmol/L
K+	3.7	mmol/L
Ca++	1.21	mmol/L
#Glu	175	mg/dL
Lac	2.8	mmol/L
#Htc	28	%

Calculados

Ca++(7.4)	1.22	mmol/L
HC03-	20.6	mmol/L
HC03std	22.1	mmol/L
TC02	21.6	mmol/L
BEecf	-3.7	mmol/L
BE(B)	-3.1	mmol/L
S02c	74	%
THbc	9.2	g/dL
?A-aD02	-----	
?pA02	-----	
?pa02/pA02	-----	
?RI	-----	

Handwritten notes on the right side of the paper:

- SS3
- 2go y
- FiO2:

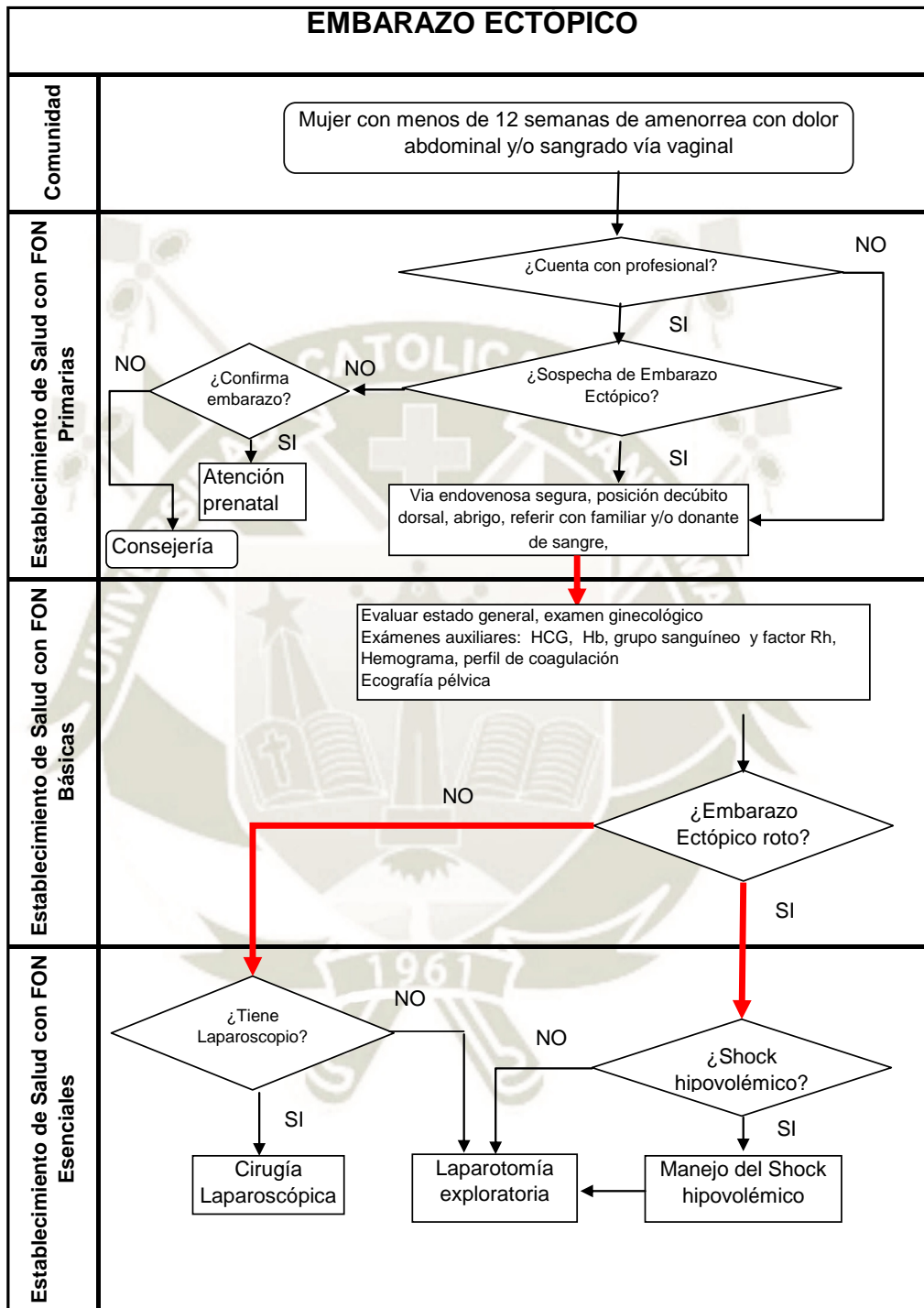
Partial view of another lab report on the right:

pO2	233
Na+	139
K+	3
Ca++	1
Glu	141
Lac	2
Htc	2

Calculados (partial):

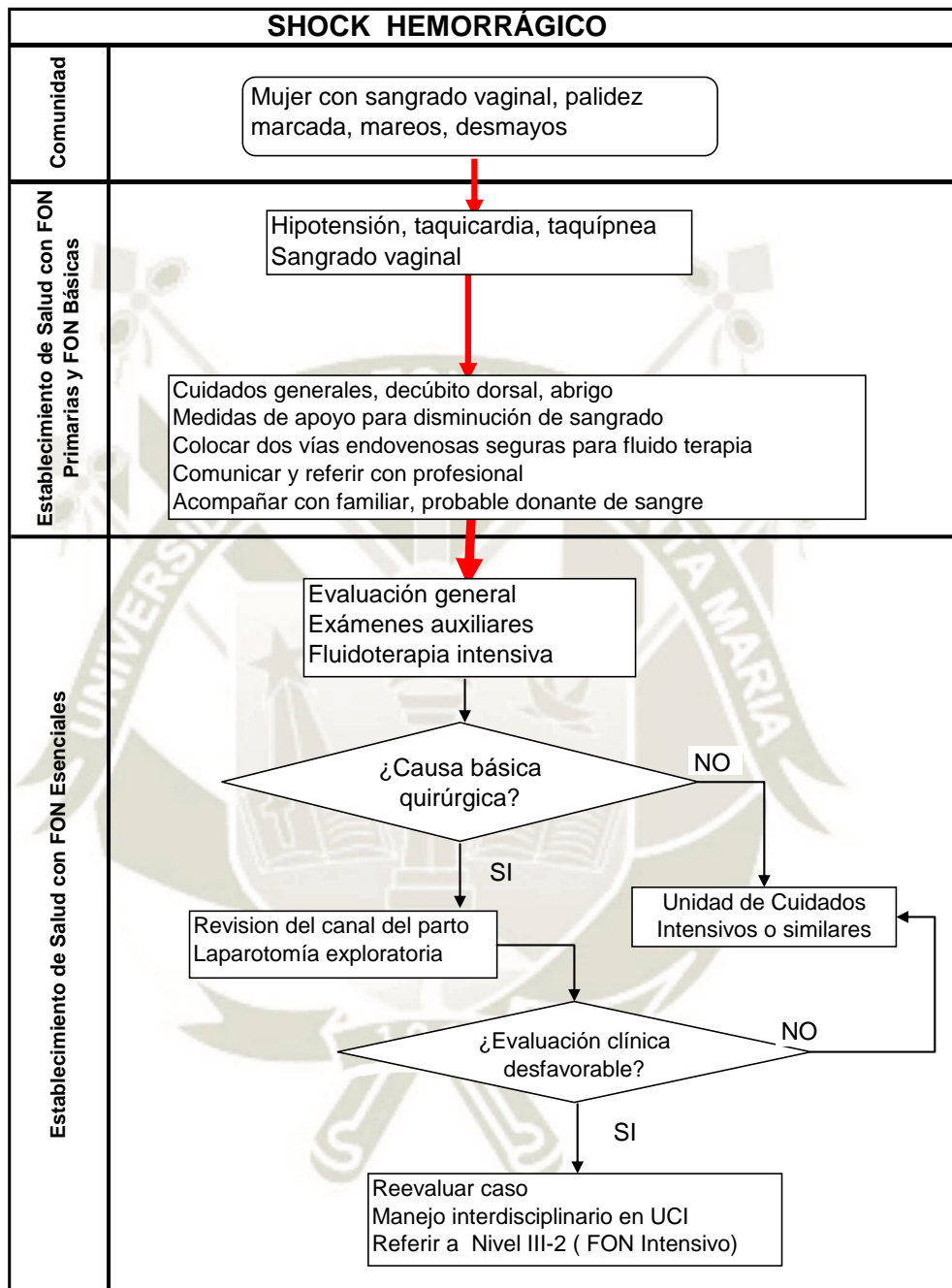
Ca++(7.4)	
HC03-	
HC03std	
TC02	
BEecf	
BE(B)	
S02c	1
THbc	

FLUXOGRAMA



Fuente: MINSA GUÍA TÉCNICA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD .RESOLUTIVA (2010)

FLUXOGRAMA



Fuente: MINSA GUÍA TÉCNICA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD. RESOLUTIVA (2010)