



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARRERA DE OBSTETRICIA

**COMPONENTE PRACTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

TEMA

**EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO COMPLICADO CON SHOCK
HIPOVOLEMICO**

AUTORA

BAQUE ARTEAGA JACQUELINE VICTORIA

TUTOR

DR. ESCUDERO CASTRO ANDRÉS

Babahoyo – Los Rios – Ecuador

2020



INDICE

AGRADECIMIENTO	3
DEDICATORIA	4
TEMA	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCION	8
I. MARCO TEORICO	10
1.1 JUSTIFICACION	22
1.2 OBJETIVOS	23
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	23
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
1.3 DATOS GENERALES	24
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	25
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE	25
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)	26
2.3 EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA)	27
2.4 INFORME DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS	28
2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	29
2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE SALUD CONSIDERANDO VALORES NORMALES	31
2.8 SEGUIMIENTO	32
2.9 OBSERVACIONES	36
CONCLUSIONES	36
REFERENCIAS	38
ANEXOS	42



AGRADECIMIENTO

Al concluir una etapa maravillosa de mi vida quiero extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible esta meta, aquellos que caminaron conmigo en todo momento, celebraron mis alegrías, pero también sintieron mis tristezas.

De forma especial agradezco a Dios quien me dio la fortaleza para continuar en este sueño llamado obstetricia.

A mis padres por inculcarme buenos valores y brindarme la oportunidad de estudiar esta carrera, aunque fuera lejos de casa.

A mis hermanas y cuñado, por impulsarme a creer en mí, gracias por esas palabras de aliento cuando sentía que no podía más.

A mis abuelitos, por siempre recibirme con un abrazo y despedirme con su bendición, sé que allá en el cielo estarán orgullosos de mí.

A mis colegas Teresa Vizuite y Evelyn Yépez por abrirme las puertas de su hogar y hacerme parte de su familia.

A mi novio por su amor incondicional, gracias por acompañarme durante todas las etapas de mi carrera, que Dios te colocara en mi vida ha sido uno de los regalos más grandes que eh podido recibir.

Finalmente me gustaría agradecer al Dr. Andrés Escudero, por los conocimientos impartidos para la presentación de este trabajo de titulación.

Gracias infinitas a todos



DEDICATORIA

Este trabajo de grado va dedicado de manera especial a mi madre, mujer guerrera y maravillosa quien confió en mi y en este sueño cuando nadie más lo hacía, años de arduo trabajo para que lograra mi objetivo, quien con lagrimas en sus ojos y palabras de aliento me motivaba a seguir adelante, a pesar de las adversidades. A mi papa quien me enseñó que con fe, esfuerzo y dedicación todo es posible. A mis hermanas, por brindarme su apoyo incondicional durante este proceso.



TEMA

**EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO COMPLICADO CON SHOCK
HIPOVOLEMICO**



RESUMEN

Se conoce como embarazo ectópico o extrauterino a la patología en que el producto se desarrolla fuera de la cavidad uterina, siendo los tubáricos los más frecuentes, suponen un alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna, que debe ser tratado de manera urgente debido al peligro de ruptura tubárica y hemoperitoneo.

Su sintomatología clásica incluye amenorrea seguida por sangrado vaginal que pudiese estar acompañado o no de dolor abdominal en el lugar afectado, además de los síntomas propios de la gestación, en algunos casos hasta generar síncope o shock hipovolémico. El diagnóstico se basa en los datos clínicos obtenidos que incluyen los resultados de biometría hemática, concentración seriada de gonadotropina coriónica humana, ecografía y culdocentesis. El tratamiento siempre dependerá de la clínica de la paciente, pudiendo ser quirúrgico, médico o expectante según sea el caso.

PALABRAS CLAVE: embarazo ectópico, shock hipovolémico, rotura tubárica, diagnóstico.



ABSTRACT

It is known as ectopic or extrauterine pregnancy to the pathology in which the product develops outside the uterine cavity, with the tubarics being the most common (93%) pose a high risk of maternal morbidity and mortality, which must be treated urgently due to the danger of tubal rupture and hemoperitoneum.

Its classic symptomatology includes amenorrhea followed by vaginal bleeding that may or may not be accompanied by abdominal pain in the affected place, in addition to the symptoms of gestation, in some cases until it generates syncope or hypovolemic shock. Diagnosis is based on clinical data obtained including results of hematic biometrics, serial concentration of human chorionic gonadotropin, ultrasound and culdocentesis. Treatment will always depend on the patient's clinic, being able to be surgical, medical or expectant depending on the case.

KEY WORDS: ectopic scathing, hypovolemic shock, tubular rupture, diagnosis.



INTRODUCCION

El embarazo ectópico de implantación tubárica, tiene lugar en las diferentes porciones de la trompa de Falopio, ya sea a nivel de la fimbria, el segmento intersticial o el istmo, se conoce que el sitio de implantación habitual es en la región ampollar. (Williams Obstetricia, 2019)

En la actualidad existen varios medios de diagnóstico, sin embargo, el desarrollo de esta patología en variadas ocasiones puede ser silencioso o cursar con síntomas propios del embarazo, es así que la mayor parte de casos de embarazo ectópico se diagnostican de manera tardía y muchas de estas pacientes terminan por someterse a procedimientos quirúrgicos. El presente documento detalla el curso de la patología más común dentro de la implantación ectópica, su importancia radica en el diagnóstico precoz para evitar graves complicaciones.

Se presenta el caso de secundigesta de 21 años de edad, que ingresa a emergencia autorreferida del Hospital de Ancón, descompensada con cuadro de shock hipovolemico, a la valoración de score mama puntuación de 13, rastreo ecográfico muestra cavidad uterina vacía, se observa gran cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas, biometría reporta anemia severa, y bajo cuadro clínico de la paciente, se realiza laparotomía exploratoria que confirma diagnóstico de embarazo tubárico ístmico accidentado. Posterior a cirugía ingresa a unidad de cuidados intensivos con soporte ventilatorio, en donde se mantuvo



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



por 6 días, volvió al área de ginecología y bajo estabilidad hemodinámica, al octavo día recibe alta hospitalaria con seguimiento por consulta externa.



I. MARCO TEORICO

DEFINICION

De acuerdo a Cecilia Aucapiña (2016) si el proceso de implantación y desarrollo del ovulo fecundado se da fuera del útero, este se define como embarazo ectópico.

Por lo general las trompas de Falopio es el lugar en donde más se desarrolla esta patología. El embarazo ectópico constituye una urgencia debido al riesgo de desencadenar hemoperitoneo y ruptura ya que, aunque existen nuevos protocolos para el diagnóstico y manejo, esta patología continúa siendo una causa de morbilidad y mortalidad materna. (Pommer, R., Epifanio, R., & Campos, J. Embarazo ectópico. Medicina Reproductiva, 81.)

ETIOLOGIA

Para establecer su etiología es necesario conocer cuáles son los causales que conducen al transporte anormal del huevo hacia el útero. Según (Pommer, 2018) detalla lo siguiente:

CAUSAS TUBULARES:

- a. Cirugía tubárica. - Pudiendo ser cirugía por embarazo ectópico previo o por infertilidad.
- b. Endometriosis
- c. Anomalías congénitas. - Hipoplasia o agenesia de las trompas de Falopio.



- d. Enfermedad Pélvica Inflamatoria. – Como principal causa salpingitis tanto gonocócica como post aborto

CAUSAS OVULARES:

- a. Fijación precoz del huevo fecundado: Ya sea por el desprendimiento temprano de la capa pelúcida, o por huevos que maduran muy rápido.
- b. Técnicas de reproducción asistida: Producto de múltiples implantaciones eh hiperestimulación ovárica.
- c. Hipermigracion del huevo. (José Antonio Navarro Repiso José Santiago-Cuadri Artacho Mohamed Addi, 2015)

FISIOPATOLOGIA

Según (FLASOG, 2020) se han desarrollado varias teorías:

CAPTACION DE OVOCITO IRREGULAR

En casos normales la trompa de Falopio es la encargada de captar el ovocito para que se lleve a cabo el proceso de fecundación, pero cuando el ovocito no es captado, la fecundación se efectúa en el fondo de saco de Douglas. (FLASOG, 2020)

RETRASO EN LA MIGRACION

Las hormonas determinan la velocidad en la que se trasporta el ovocito hasta llegar al útero por lo general entre 3 y 4 dias. De acuerdo a lo que menciona FLASOG (2020) “La trompa no realiza adecuadamente el trasporte del embrión, y



4-5 días después de la ovulación este todavía está en la trompa”. Se podría aseverar que el retraso se da por factores hormonales como una exagerada producción de estradiol, lo que detendría el transporte del ovocito y por factores mecánicos que intervienen en alteraciones a nivel funcional.

REFLUJO TUBARICO

En el desarrollo normal, 5 y 6 días después de la fecundación el blastocito busca implantarse en el útero, sin embargo, cuando se dan alteraciones hormonales, entre el día 6 y 7 posterior a la ovulación, este puede retornar a la trompa, dificultando su implantación en el lugar adecuado. (FLASOG, 2020)

FACTORES DE RIESGO

Existen varios factores que pueden llevar a una errónea implantación, de entre ellos el Dr. Ricardo Pommer (2018) destaca los siguientes:

- Afectación a nivel tubárico
- Cirugía tubárica previa
- Cirugía pélvica previa (cirugía ovárica y cesáreas)
- Precedente de infección pélvica por Clamidia
- Antecedentes de infertilidad
- Endometriosis
- Gestación con uso de Diu o utilización previa
- Antecedente de aborto espontaneo o inducido
- Embarazo ectópico previo
- Mujeres mayores de 35 años de edad



TIPOS DE EMBARAZO ECTOPICO

El embarazo ectópico constituye la segunda causa de hemorragia obstétrica durante el I trimestre de la gestación, por lo cual la clasificación más acertada es de acuerdo su ubicación. Pudiendo implantarse a nivel tubárico, cervical, ovárico y abdominal. (BARRIOS, 2019)

De acuerdo con Ginecología de William (2da edición) menciona que la implantación a nivel de las trompas es la más común.

EMBARAZO ECTOPICO OVARICO

Este tipo de presentación es poco usual su implantación se da a la altura del ovario ya sea en el folículo o en el tejido ovárico. Identificarlo a tiempo puede resultar difícil, varios de ellos requieren confirmación histopatológica, aunque algunos se identifican durante la intervención quirúrgica. Su tratamiento busca preservar la fertilidad, realizando una resección en cuña del ovario por técnica laparoscópica. (Mónica Pato Mosquera, 2013)

EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL

En esta forma de presentación, se incluye a todo embarazo que se despliega a nivel abdominal a menudo está ligada a un alto número de muerte materna y fetal. La hemorragia secundaria a la coagulación intravascular diseminada y muerte fetal ligada al desprendimiento de placenta constituyen las complicaciones principales de esta patología. (Dras. Aline Sá de Oliveira¹, 2016)



EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL

Se considera como uno de los tipos más raros, cuyo diagnóstico y tratamiento constituyen un gran reto, tal como se expresa Universitas Medicas (2018), en el reporte de un caso clínico.

Por lo general en estos casos el blastocito tiende a implantarse, en el canal endocervical y casi siempre se dan en pacientes que se han sometido a legrados o están sometidas a técnicas de reproducción asistidas. (FLASOG, 2020)

EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO

Constituye una de las formas más comunes del embarazo ectópico, Se dice de toda aquella implantación que se origina a nivel de las trompas de Falopio, ya sea en su porción ampular, ístmica o intersticial. Teniendo en cuenta que varias de las pacientes en ausencia de sintomatología muchas veces no conocen de su estado de gestación y se soluciona por sí solo, por reabsorción espontanea. No obstante, existen otros casos en los que la gestación avanza hasta cerca del segundo mes de embarazo. Tomando en consideración su fisiopatología, cuando el huevo es implantado en alguna de sus porciones, inmediatamente sus vellosidades invaden la capa más interna de la trompa correspondiente al endosalpinx, generando proliferación vascular y posterior hematosalpinx en donde puede verse afectado la trompa contralateral. (José Antonio Navarro Repiso José Santiago-Cuadri Artacho Mohamed Addi, 2015)


Porciones de implantación a nivel tubárico.



- ✓ Ampollar: La implantación se lleva a cabo en el tercio externo de la trompa, es la porción en la que se puede albergar por más tiempo al embrión.
- ✓ Ístmico: Su implantación se da en la porción media y menos ancha de la trompa.
- ✓ Intersticial: Su sitio de implantación es en la porción de la trompa que transita el útero.
- ✓ Fimbrias: Sitio de implantación muy raro.

SIGNOS Y SINTOMAS

Tal como plantea la MD. Antonette (2019) al inicio y en ausencia de síntomas sutiles del embarazo la paciente puede no saber que está cursando con un embarazo ectópico. Sin embargo, cuando este se rompe, aparecen síntomas que incluso pueden llevar a la muerte materna, van desde ligeros manchados hasta hemorragias vaginales, es así que a continuación se presenta la triada clásica del embarazo ectópico.

 Dolor abdominal

 Sangrado

 Amenorrea

En algunos casos también se puede presentar, sintomatología propia de la gestación.



SINTOMAS EN LA ETAPA INICIAL DEL EMBARAZO TUBARICO

- Síntomas neurovegetativos del embarazo: Incluyen sialorrea, náuseas y vómitos.
- Anexo de tamaño elevado y doloroso
- Reblandecimiento del útero. (Novoa, 2015)

SINTOMAS CON DESPRENDIMIENTO PARCIAL DEL HUEVO

- Dolor a nivel de hipogastrio que se extiende a fondo de saco de Douglas
- Útero de tamaño aumentado
- Tumor yxtauterino doloroso a la palpación
- Sangrado escaso con resto o sin ellos (Novoa, 2015)

A partir de estas manifestaciones clínicas, el embarazo tubárico, puede desencadenar hemorragia debido al desprendimiento del huevo, aborto tubárico por pérdida del vínculo entre la trompa, placenta y membranas, también podría evolucionar a rotura tubárica, generando un desbordamiento del producto de la concepción que posteriormente se alojara en el fondo de saco de Douglas. (Yelainet, 2012).

Cabe recalcar que durante la hemorragia en moderada intensidad los signos vitales pueden estar dentro de sus valores normales, pero si la hemorragia aumenta y continua, la presión arterial se puede ver disminuida, el pulso aumentado y se presentaran alteraciones motoras. Es importante destacar que



aun luego de la hemorragia los valores de hemoglobina pueden no mostrar reducciones significativas, por ende, si luego de varias horas los valores de la hemoglobina continúan disminuyendo podríamos establecer un riesgo inminente de rotura de trompa, lo que constituye una patología de diagnóstico temprano para evitar posibles complicaciones. (Williams Obstetricia, 2019)

DIAGNOSTICO

El diagnostico se puede elaborar a partir de ciertas manifestaciones clínicas, recordemos que es necesario saber que a toda mujer en edad reproductiva con vida sexual activa, que acuda con amenorrea y dolor a nivel de hipogastrio acompañado de sangrado, es primordial realizar prueba de embarazo, en caso de ser positiva se pedirá la seriada de hormona gonadotropina coriónica y eco transvaginal para descartar un embarazo ectópico de origen tubárico. (Consejo de Seguridad General, 2014).

Por otro lado, un buen examen físico es importante al momento de diagnosticar un ectópico, los más comunes dolor en hipogastrio, signos de irritación peritoneal, a la especuloscopia sangrado de coloración café, dolor a la movilización uterina, en cuanto al tacto vaginal, el útero se palpa inadecuado para la supuesta gestación, fondo de saco de Douglas sensible. Para el diagnóstico del ectópico roto se presentan el cuadro clínico común de shock hipovolemico por hemoperitoneo: que incluyen lipotimia, hipotensión, taquicardia, dolor en hipogastrio a la palpación, dolor tacto vaginal en algunos casos es hasta imposible realizar tacto, los cuales conciernen a signos propios de hematosalpinx,



cuando la rotura se produce a nivel ístmico o intersticial la hemorragia es inminente. (FLASOG, 2020)

Los datos ecográficos son de suma importancia ya que otorga información concluyente para diagnosticar el embarazo ectópico; Entre los hallazgos ecográficos estará la observación de un saco gestacional o vitelino que puede tener o no embrión, un anillo en las trompas, hematosalpinx, masa anexa y en Doppler color se evidenciará un anillo de fuego. (FLASOG, 2020)

En cuanto a los valores de hormona gonadotropina coriónica la FLASOG (2020) menciona “en un embarazo normalmente evolutivo, las concentraciones plasmáticas de BHCG se duplican cada 48 horas”. Por lo tanto, si la concentración de BHCG no presenta aumento en ese lapso de horas se podría sospechar de un embarazo no evolutivo sin embargo se debe tener en consideración el examen físico, y los resultados ecográficos para elaborar el diagnóstico definitivo de esta patología aunque en algunos casos también se usa la valoración de progesterona en casos en los que ni la ecografía ni la valoración seriada de BHCG sean concluyentes. (Ginecología, 2da edición)

La culdocentesis otro de los medios de diagnóstico que consiste en realizar una punción y aspiración por medio de una aguja calibre 16 u 18 en saco de Douglas con el propósito de verificar su contenido, si al momento de la aspiración se obtiene líquido peritoneal transparente el resultado será negativo, pero si se obtiene sangre y esta no se coagula el resultado será positivo para hemoperitoneo. (CARLOS, 2019)



TRATAMIENTO

Si al tratamiento nos referimos, es indispensable que estos casos sean tratados de forma individual y de acuerdo a la clínica de cada paciente, el régimen a seguir puede solo ser farmacológico si se diagnostica de forma temprana o quirúrgico según sea el caso. De acuerdo a eso a continuación se describen 3 tipos de manejo: Expectante, Médico, Quirúrgico.

El tratamiento médico es el más idóneo en caso de pacientes que se encuentren hemodinamicamente estables, sin sangrado vaginal, hormona gonadotropina coriónica en valores menores de 2000ml, que no se observe actividad cardíaca embrionaria por último que el embarazo tubárico no esté roto o en proceso de ruptura inminente. Por lo general estas pacientes son tratadas con Metrotexato un fármaco antagonista del ácido fólico según se menciona en (Williams Obstetricia, 2019) ya que tiene un efecto práctico en contra de la proliferación del tejido del trofoblasto. Antes de la administración de metrotexato se requiere hemograma, pruebas renales y hepáticas, posterior a eso la administración del fármaco podrá ser bajo 3 tipos de régimen, el primero con dosis única de 50 mg/m^2 y el segundo con 2 dosis, cada una de 50 mg/m^2 por vía intramuscular, la primera dosis en el día 1 y la segunda dosis en el día 4, el tercero con dosis fijas de 1gr/kg intramuscular en el día 1,3, 5 y 7. Con posterior control del tratamiento y entre los días 4 y 7 verificamos los valores de hormona gonadotropina coriónica, ya que si sus valores no disminuyen después de 4 dosis,



es posible que se requiera tratamiento quirúrgico. Recordando que este fármaco está contraindicado en caso de hipersensibilidad, lactancia materna, rotura tubárica, disfunción hepática y renal. (FLASOG, 2020)

El tratamiento quirúrgico se hace necesario cuando, haya existido fallas en el tratamiento médico, tenga contraindicaciones para el uso de metrotexato o que presente inestabilidad hemodinámica acompañada de sangrado intraperitoneal y signos de rotura inminente. (FLASOG, 2020) Por lo general la técnica laparoscópica es la más utilizada, salpingectomía para remover solo la parte afectada sobre todo si la paciente tiene deseos de continuar siendo fértil, puede realizarse con rotura o sin rotura del embarazo ectópico y salpingostomía se remueve solo el ectópico sin que este se haya roto previamente. (Williams Obstetricia, 2019)

Con respecto al tratamiento expectante, se puede decidir, si recibir el tratamiento médico o seguir su evolución natural sin la intervención de fármacos o cirugía, no obstante, aunque el manejo expectante se da en pacientes con estabilidad hemodinámica, existe un gran riesgo de ruptura, por cual es necesaria vigilar su evolución hasta que los valores de hormona gonadotropina coriónica disminuyan. (FLASOG, 2020)

COMPLICACIONES MATERNAS

Existen ciertas complicaciones que se pueden dar en la madre, durante el proceso patológico del embarazo ectópico, como el desarrollo de shock hipovolemico, ruptura uterina y pelviperitonitis. (SONIA, 2018)

SHOCK HIPOVOLEMICO



Es una afección que puede deberse a múltiples factores, se define como una reducción masiva del volumen sanguíneo ya sea por causas hemorrágicas o no hemorrágicas. (Fabiola López Cruz, 2018).

SHOCK HIPOVOLEMICO DE CAUSA OBSTETRICA

Se considera hemorragia obstétrica a la perdida mayor a 500 c/c de volumen sanguíneo en pacientes obstétricas, independiente de la vía de perdida. Según el Ministerio de Salud Publica en su protocolo de Score mama y claves obstétricas (2017) destaca que para la activación de la clave roja y valoración de grado de severidad del shock se utiliza la escala de Basketh, posterior a eso se decide el protocolo de manejo de la hemorragia obstétrica,



1.1 JUSTIFICACION

El embarazo ectópico evoluciona en sus casos más graves a shock hipovolemico constituyendo una de las causas de mortalidad materna en Ecuador, según datos del MSP (2020) en lo que va del 2020, el número de muertes materna por causa obstétrica directa es del 64.4% , sin embargo no se conoce el número exacto de muertes por embarazo ectópico en el país, ya que el MSP eh INEC brindan datos estadísticos englobando un sinnúmero de afecciones gineco-obstétricas, mas no por su nombre propio como diagnóstico.

El presente caso clínico busca dar a conocer la importancia de la detección precoz de un embarazo ectópico, tanto por parte del profesional como del paciente ya que su diagnóstico temprano continúa siendo un desafío medico diario, debido a la poca información que tienen las pacientes de esta patología, por lo antes mencionado acuden de forma tardía al servicio médico, situación que dificulta el brindar tratamiento oportuno aumentando las posibilidades de desarrollar complicaciones maternas.



1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la importancia de la detección precoz del embarazo ectópico para instaurar tratamiento oportuno y evitar complicaciones como el shock hipovolemico.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar manejo de schok hipovolemico, en el caso de embarazo ectópico tubárico accidentado.
- Identificar complicación materna más común, ante embarazo ectópico tubárico accidentado



1.3 DATOS GENERALES

Nombres: Geraldine F.	Apellidos: C. A.
Fecha de nacimiento: 25/05/1998	Edad: 22 años
Cedula de identidad: 24500xxxxx	Estado civil: Soltera
Nacionalidad: ecuatoriana	Sexo: Femenino
Ocupación: Empleada privada de Banco Pichincha	Dirección domiciliaria: Cantón La Libertad, Barrio los jardines.
Seguro: IEES afiliada a seguro general.	Instrucción educativa: Tercer nivel
Hospital: Hospital General Liborio Panchana Sotomayor.	Fecha de ingreso: 14/10/2019

Elaborado por: Jacqueline Baque Arteaga



II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE

Secundigesta de 21 años de edad, acude al área de emergencia Gineco-obstétrica, autorreferida de Hospital de Ancón, por presentar cuadro clínico de más o menos 12 horas de evolución caracterizado por mareo más dolor abdominal de gran intensidad.

Antecedentes patológicos personales	No refiere
Antecedentes patológicos familiares	Abuelo paterno diabético
Antecedentes quirúrgicos	Cesárea 1
Alergias	No refiere
Hábitos tóxicos	No refiere
Antecedentes gineco-obstétricos	
Menarquia	15 años
Inicio de vida sexual	17 años



Gestas	Cesárea 1 (por desproporción cefalopélvica) Partos 0 Abortos 0
Método de planificación familiar	No planifica con ningún método anticonceptivo
Parejas sexuales	2
Fecha de ultima menstruación.	Incierta

Elaborado por: Jacqueline Baque Arteaga

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Secundigesta de 21 años de edad, es traída a emergencia autorreferida desde el Hospital de Ancón, con cuadro clínico de aproximadamente 12 horas de evolución, que se caracteriza por mareo más dolor abdominal de gran intensidad más prueba de embarazo positiva. Familiar refiere que la paciente alrededor de 08:00 am empezó con dolor abdominal y que por 2 ocasiones presento desvanecimiento en su domicilio por lo que deciden llevarla al Hospital de Ancón, en donde el dolor se fue intensificando, en dicha casa de salud le realizaron pruebas de laboratorio eh informan a familiar que paciente está embarazada y presenta una fuerte infección, le administran hidratación más anticoterapia (no recuerda cual) y que al no ver mejoría deciden traer a la paciente por sus propios medios a esta casa de salud, en donde se la recibe en condiciones inestables con mascara de oxígeno, descompensada, estuporosa con respuesta al dolor.

Se activa clave obstétrica con score mama de 13, canalización de 2 vías, toma de muestras de laboratorio, es valorada por Ginecólogo de guardia, quien realiza



rastreo ecográfico y no observa saco gestacional, visualiza gran cantidad de líquido en fondo de saco de Douglas, por lo que se decide ingreso de paciente y traslado inmediato a quirófano para realizar laparotomía exploratoria de emergencia por sospecha de embarazo ectópico accidentado.

2.3 EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA)

Signos vitales de ingreso: Score mama 13

✓ Frecuencia cardiaca: 151	Puntuación: 3
✓ Presión arterial sistólica: 70 mmHg	Puntuación: 3
✓ Presión arterial diastólica: 50 mmHg	Puntuación: 3
✓ Frecuencia respiratoria: 28	Puntuación: 2
✓ Temperatura: 35.6	Puntuación: 0
✓ Saturación de Oxígeno: 97% con cánula a 4 lt	Puntuación: 0
✓ Estado de conciencia: Estuporosa	Puntuación: 2
✓ Proteinuria: No aplica	Puntuación: 0

Al examen físico paciente hemodinamicamente inestable, hipotensa.

- **Cabeza:** Cráneo y cara normo cefálicas, fascie pálida, no hematomas, pabellón auditivo sin patología.
- **Cuello:** Sin adenopatías.
- **Tórax:** Normoconfigurado, no abombamientos ni depresiones, mamas simétricas, ruidos taquicárdicos presentes.
- **Abdomen:** No depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda.



- **Pelvis:** No se pudo realizar especuloscopia, ligero manchado en pañal.
- **Extremidades inferiores:** Simétricas, sin adenopatías.

2.4 INFORME DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Reporte de exámenes de laboratorio de ingreso.

BIOMETRIA		
NOMBRE	VALOR	VALOR REFERENCIAL
Glóbulos blancos	21.92	4.50 - 11.00
Glóbulos rojos	1.06	4.50 - 5.00
Hemoglobina	2.8	12.0 - 16.0
Hematocrito	9.0	37 - 54 %
Plaquetas	145.0	150 – 450
FORMULA LEUCOCITARIA		
Neutrófilo	88.7	50.0 - 73.0
Linfocito	8.0	30.0 - 38.0
Monocito	2.8	0.0 - 12.0
Eosinófilo	0.0	0.0 - 3.0
Basófilo	0.0	0.0 - 1.0
GRUPO SANGUINEO		
Grupo sanguíneo	O	
Factor RH	Positivo	
Tiempo de protrombina	15 seg	14 seg.



Urea	41.9 mg/dl	10-45 mg/dl
Creatinina	1.30 mg/dl	0.5-0.9 mg/dl (m)
Bilirrubina total	0.10 mg/dl	1.1 mg/dl
Bilirrubina directa	0.05 mg/dl	Hasta 0.20
Bilirrubina indirecta	0.05 mg/dl	0.2-0.8 mg/dl
Tgp	14 u/l	Hasta 33 u/l
Tgo	23 u/l	Hasta 32 u/l
Amilasa	20.00 u/l	28-100 u/l
Sífilis	No reactivo	
TTP	38 seg	45 seg
Hepatitis A	Negativo	
Hepatitis B	Negativo	
Hepatitis C	Negativo	

Elaborado por: Jacqueline Baque Arteaga

No hay reporte ecográfico de ingreso, puesto que Ginecólogo de guardia realizo rastreo ecográfico abdominal en área de emergencia, donde constato la ausencia de saco gestacional en cavidad uterina y visualizo liquido libre en fondo de saco de Douglas, la paciente fue llevada de inmediato a quirófano para procedimiento quirúrgico.

2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

- Choque hipovolemico



- Embarazo ectópico
- Rotura uterina

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- ✓ Apendicitis
- ✓ Quiste ovárico roto

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

- ✓ Embarazo ectópico tubárico accidentado
- ✓ Choque Hipovolemico

2.6 ANALISIS Y DESCRIPCION DE CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

Con respecto al embarazo ectópico, su diagnóstico oportuno dependerá del conocimiento previo de los factores predisponentes que pueden originar una inadecuada implantación del blastocito, entre ellos la cirugía pélvica previa, que de acuerdo a los antecedentes gineco-obstétricos, indica cesárea hace 2 años por desproporción cefalopélvica, inadecuada planificación familiar y el desconocimiento de estado de gravidez, hacen que el desarrollo silencioso de esta patología, tenga un inevitable desenlace poniendo en peligro la vida de la madre.

Inicialmente en la unidad de salud para corroborar diagnóstico de rotura tubárica se utilizaba la culdocentesis, pero en la actualidad esa técnica ya no es manejada en pacientes con inestabilidad hemodinámica, por lo que ante cuadro



clínico que no cede pese a inicio de reposición de líquidos, el tratamiento de elección es la vía quirúrgica, se realiza laparotomía exploratoria, que termina en salpingectomía parcial.

2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE SALUD CONSIDERANDO VALORES NORMALES

En condiciones normales el transporte del ovulo fecundado, tarda entre 3 - 5 días en recorrer la trompa de Falopio hasta llegar a la cavidad uterina, dicho recorrido se da gracias a una débil corriente de líquido en la trompa, secretado por el epitelio tubárico quien en conjunto con los cilios del epitelio tapizan la trompa. Por su parte el istmo permanece contraído espasmódicamente durante los primeros 3 días que siguen a la ovulación, posterior a un ascenso de la progesterona ejerce un efecto relajante que favorece la penetración del ovulo fecundado en el interior del útero.

Por otro lado, la implantación del blastocito se produce entre 5 y 7 días después de la ovulación, ocurre por acción de las células trofoblásticas que se forman alrededor de la superficie del blastocito, dichas células secretan enzimas proteolíticas que digieren las células endometriales adyacentes, una vez que se produce la implantación las células trofoblásticas y otras células adyacentes proliferan con rapidez para formar la placenta y demás membranas de la gestación.

En el caso del embarazo ectópico, la implantación del blastocito no se lleva a cabo en la cavidad uterina, por lo general el lugar en donde mas tiende a



implantarse es en la trompa, en este caso la implantación sucedió a nivel del istmo, que pudo haber sido por alteraciones hormonales, está descrito que la alta producción de estradiol puede detener o retrasar el transporte del ovocito fecundado hacia la cavidad uterina, cuando se implanta a nivel del istmo la tasa de sobrevivencia es de 8 a 10 días por la débil irrigación y poco espacio, posterior a ese tiempo se produce la ruptura tubárica, eh allí la importancia del diagnóstico precoz, en este caso al haberse producido la ruptura, desencadenó un proceso de hemorragia interna, dada la inestabilidad de la paciente y los resultados de exámenes complementarios se optó el tratamiento quirúrgico.

2.8 SEGUIMIENTO

A su ingreso presento score mama con puntuación de 13, en concordancia a la valoración ginecológica y medicina interna, se diagnosticó grado severo de shock hipovolémico y embarazo ectópico accidentado, por lo que se procede a la activación de clave roja.

INGRESO: Se opta por tratamiento quirúrgico previo inicio de reposición de líquidos, con lactato ringer 400ml pasado a chorro en 2 vías. Paciente ingresa a quirófano 21:40 entubada, con soporte ventilatorio por máquina de anestesia, por hemoglobina de 2.8 g/dl , se transfunden 4 paquetes de concentrado de glóbulos rojos , durante el procedimiento se encontró hemoperitoneo de más de 3000ml, embarazo ístmico izquierdo accidentado, con acretismo hacia cuerno izquierdo por lo que se realizó salpingectomía parcial con resección de cuerno izquierdo, al término de cirugía paciente presenta sangrado transoperatorio de 50ml y fue trasladada al área de cuidados intensivos con soporte ventilatorio.



Indicaciones: Plan de hidratación, cloruro de sodio 0.9% 1000ml, 20 gotas por minuto, cloruro de potasio 10ml, sulfato de magnesio 1 ampolla iv 84ml/hora, Complejo B 10 ml. Omeprazol 40mg iv diaria, ampicilina 1 gramo iv cada 8 horas, acido tranexámico 500mg iv cada 8 horas, bicarbonato de sodio 8 ampollas iv stat y luego 1 ampolla iv cada 8 horas, gluconato de calcio 1 ampolla iv cada 8 horas, sulfato de magnesio 1 ampolla iv 84 ml/hora.

DIA 1: Por parte de UCI en la madrugada colocan traje antishock, por la mañana se realiza extubación y colocan mascarilla de oxígeno a 4 litros, se inicia nebulización con salbutamol, por parte de ginecología se realiza ecografía, donde se observa liquido libre en fondo de saco de Douglas a razón de 200 a 300 ml, útero normal, anejos normales refiere mucho dolor, diuresis de 600ml y buen estado general, con score mama de 2 por frecuencia respiratoria de 28. Al examen físico abdomen blando depresible, herida sana sin presencia de sangrado, se espera biometría de control, se mantiene conducta expectante, y se continuo tratamiento instaurado.

Indicaciones: Se continuo plan de hidratación por 24 horas, omeprazol 40 mg iv cada día, en cuanto antibioterapia, ampicilina sulbactam 3 g iv cada 6 horas, clindamicina 900 mg iv cada 8 horas, se discontinua acido tranexámico y bicarbonato de sodio, se instaura plasma fresco congelado 1 unidad iv cada 8 horas.

DIA 2: Paciente hemodinamicamente estable, afebril, normotensa con score mama 0, biometría de control reporta hemoglobina 10,9 g/dL, hematocrito 30.8 g/dL, tiempo de protombina 24 seg, leucocitos 18.99 con predominios de



neutrófilos, plaquetas 97.000, se instaura cuarto esquema antibiótico para clave amarilla y posterior a eso pasa a sala de cuidados intermedios con score mama 0, se retira traje antishock conservando la estabilidad hemodinámica.

Indicaciones: Se continuo plan de tratamiento, con cambio de cloruro de sodio por lactato ringer y antibioterapia con piperacilina tazobactam 4.5 gr iv cada 6 horas.

DIA 3: Paciente continua en área de cuidados intermedios, se reporta score mama de 4, por saturación de oxígeno 86% (puntuación de 2) y frecuencia respiratoria 25 (puntuación 2), puntuación que posteriormente se redujo a score mama 1. Superado el proceso de shock, aún permanece en el área debido a los trastornos de oxigenación, por lo que continua con mascara de oxígeno y seguimiento por terapia respiratoria. Desde el punto de vista ginecológico paciente se mantiene con evolución estable, persisten problemas respiratorios para lo cual ya está en tratamiento. score mama de 2 por frecuencia respiratoria (puntuación 2), al examen físico abdomen suave, depresible, no visceromegalia, herida cubierta, no perdidas vaginales.

Indicaciones: Se redujo el plan de hidratación parenteral a 42ml/hora, continuo esquema antibiótico, dexametasona 4mg iv cada 8 horas, paracetamol 1gr iv cada 8 horas solo si hay dolor o fiebre, se discontinua administración de plasma fresco, continua terapia respiratoria.

DIA 4 y 5: Paciente hemodinamicamente estable, score mama 0, mantiene estrategias de terapia respiratoria, resultados de biometría de control en parámetros normales, por la noche reporta score mama de 2 por frecuencia



respiratoria 28 (puntuación 2, valores que durante la madrugada y previa asistencia ventilatoria disminuyen a score mama 0. Al día siguiente paciente conservo buen estado general, afebril, score mama 0, diuresis de buen volumen, en conjunto con valoración ginecológica se decide mantener tratamiento y estadia en área de cuidados intermedios hasta lograr su mejoría clínica.

Indicación: Se continuo plan de tratamiento establecido, control de signos vitales y terapia respiratoria.

DIA 6: Paciente con hemodinamia conservada y deambulacion asistida, pasa a área de ginecología, en sala de cuidados especiales con score mama 0, biometría de control reporta glóbulos blancos 10.88, glóbulos rojos 3.71, hemoglobina 11,2 g/dL, hematocrito 32,8 g/dL, plaquetas 153.0, neutrófilos 63.5, linfocitos 25.9, monocito 6.7, continúan terapia respiratoria en sala.

Indicaciones: Dieta blanda, control de signos vitales, rastreo ecográfico, valoración por especialista.

DIA 7: Terapista respiratoria reporta notable mejoría en su capacidad pulmonar. Paciente con buena dinamica, score mama 0, afebril, normotensa, refiere no sentir dificultad respiratoria, biometría de control reporta glóbulos blancos 10.53, glóbulos rojos 3.86, hemoglobina 11.7 g/dL, hematocrito 34.2 gr/dL, plaquetas 203.0, neutrófilos 58.0, linfocito 25.5, monocito 5.9. Se descontinua omeprazol, paracetamol y lactato. Se realiza ecografía que reporta ligera presencia de líquido en saco de Douglas.

Indicaciones: Completar el esquema de piperacilina, repetir biometría de control para certificar reposición de hemoconcentrados y valorar posible alta.



Día 8: Paciente cumple con esquema de piperacilina, biometría en rangos normales, ecografía post evento sin alteraciones, y al encontrarse en óptimas condiciones se procede a dar alta hospitalaria con seguimiento por consulta externa.

Indicaciones: amoxicilina 500mg vo cada 6 horas por 4 días, paracetamol 500mg vo cada 6 horas por 4 días

2.9 OBSERVACIONES

Especialista informa a familiares sobre el estado crítico de la paciente y del procedimiento que deberá llevarse a cabo, ellos acceden y firman los consentimientos, desde su ingreso paciente en cuestión demuestra inestabilidad hemodinámica, con grado de shock severo, por lo que se activó clave roja y se actuó de acuerdo al protocolo de la guía de manejo de hemorragias obstétricas del Ministerio de salud Pública. No se colocó traje antishock debido a inestabilidad de la paciente por lo que se la ingreso de manera inmediata a quirófano para posterior laparotomía exploratoria.

CONCLUSIONES

- La detección precoz de esta patología es de suma importancia, ya que si su diagnóstico se establece cuando aún no existe ruptura, el cuadro clínico puede ceder ante tratamiento farmacológico y vía laparoscopia, sin embargo, si se diagnostica de manera tardía, cuando ya se produce rotura uterina, la presencia de hemorragia es inevitable, desarrolla un



cuadro clínico que si no es manejado a tiempo puede desencadenar shock hipovolemico, poniendo en peligro la vida de la madre.

- Se realizo un buen manejo del proceso de shock hipovolémico ya que, ante inestabilidad hemodinámica de la paciente, se inició de inmediato con la reposición de líquidos y realización de laparotomía exploratoria, posterior a cirugía la paciente evoluciono de forma positiva.



REFERENCIAS

1. (s.f.). *Pommer, R., Epifanio, R., & Campos, J. Embarazo ectópico. Medicina Reproductiva, 81.*
2. Antonette T. Dulay, M. (2019). Embarazo Ectopico. *Manual MSD Merck Sharp & Dohme.*
3. Arenas, C. F. (2011). El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.*
4. BARRIOS, J. V. (4 de OCTUBRE de 2019). *COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO* . Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/44080/1/CD%203048-%20VARGAS%20BARRIOS%2c%20JONATHAN%3b%20ROJAS%20AND RADE%2c%20MARIA%20FERNANDA.pdf>
5. CARLOS, D. L. (2019). *STUDOCU.* Obtenido de <https://www.studocu.com/co/document/universidad-del-norte-colombia/clinicas-ginecoobstetras/apuntes/embarazo-ectopico/5200471/view>



6. Carmen, F. A. (2011). *Scielo*. Obtenido de Fernández Arenas, Carmen. (2011). El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(1), 84-99. Recuperado en 30 de julio de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X20110001000
7. Castro, Rodolfo A. Martínez D. Leila Quintero Carlos A. García Alfredo Fernández de. (2018). Embarazo ectópico cervical: diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. Reporte de caso. *Universitas medicas*.
8. Cecilia, A. R. (OCTUBRE de 2016). *Repositorio Universidad Técnica de Ambato*. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24253/2/Aucapi%C3%B1a%20Rodr%C3%ADguez%20Luz%20Cecilia.pdf>
9. Consejo de Seguridad General. (17 de Diciembre de 2014). *Cenetec*. Obtenido de Guía de Práctica Clínica: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/182_GP_C_EMBARAZO_TUBARIO/IMSS_182_09_GRR_Embarazo_tubario.pdf
10. Dras. Aline Sá de Oliveira¹, A. G. (2016). Embarazo ectópico abdominal. Dificultad en el diagnóstico. A propósito de un caso. *REVISTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE VENEZUELA*.
11. Fabiola López Cruz, G. d. (15 de marzo de 2018). *Medigraphic*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc181h.pdf>



12. FLASOG. (2020). MEDICINA REPRODUCTIVA EN CONSULTA GINECOLOGICA. *Federacion Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecologia*, 81.
13. Ginecologia, W. (2da edicion). Embarazo ectopico. En M. Barbara L. Hoffman, *Willians Ginecologia* (pág. 199). MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
14. José Antonio Navarro Repiso José Santiago-Cuadri Artacho Mohamed Addi. (2015). EMBARAZO ECTOPICO. *El medico interactivo*.
15. Ministerio de Salud Publica. (27 de Julio de 2020). *Descargas informacion de muerte materna*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Gaceta-de-MM-SE-29.pdf>
16. Ministerio de salud publica del Ecuador. (2017). *Score mama y claves obstetricas*. Quito: Creative Commons .
17. Mónica Pato Mosquera, L. C. (2013). EMBARAZO ECTOPICO OVARICO. *PROGRESOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*, 266-269.
18. Novoa, M. G. (1 de Agosto de 2015). *SlideShare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/Gabriela-De-La-Cruz/embarazo-ectopico-51178245>
19. Pommer, D. R. (2018 de 07 de 2018). Embarazo Ectopico. *Flasog*, 3. Obtenido de <https://www.flasog.org/static/academica/Embarazo-Ectopico.pdf>



20. Progresos de Obstetricia y Ginecología. (2013). *Elsevier Doyma*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501312002798>
21. SONIA, T. Q. (16 de MARZO de 2018). *FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y CIENCIAS DE LA SALUD*. Obtenido de EMBARAZO ECTOPICO. HOSPITAL DE CANGALLO -: <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/206/1/EDITH%20SONIA%20TORO%20QUINTO-EMBARAZO%20ECTOPICO%20HOSPITAL%20CANGALLO.pdf>
22. Tahiluma Santana Pedraza, J. L. (s.f.). *SCIELO*. Obtenido de Santana Pedraza, Tahiluma, Estepa Pérez, Jorge, & Rafael Truy, Bárbara. (2012). Embarazo ectópico abdominal. Presentación de un caso. *MediSur*, 10(5), 429-433. Recuperado en 30 de julio de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17
23. VARGAS BARRIOS JONATHAN ROJAS ANDRADE MARIA FERNANDA. (2019). *COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ECTÓPICO TUBARICO EN MUJERES DE 20 A 29 AÑOS DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR*. Guayaquil- Ecuador: Repostorio Ug.
24. Williams Obstetricia. (2019). Embarazo Tubarico. En M. K. F. Gary Cunningham, *Williams Obstetricia* (pág. 372). Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
25. Yelainet, R. (2012). *SlideShare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/yelainetrodriguez/embarazo-ectopico1>

ANEXOS

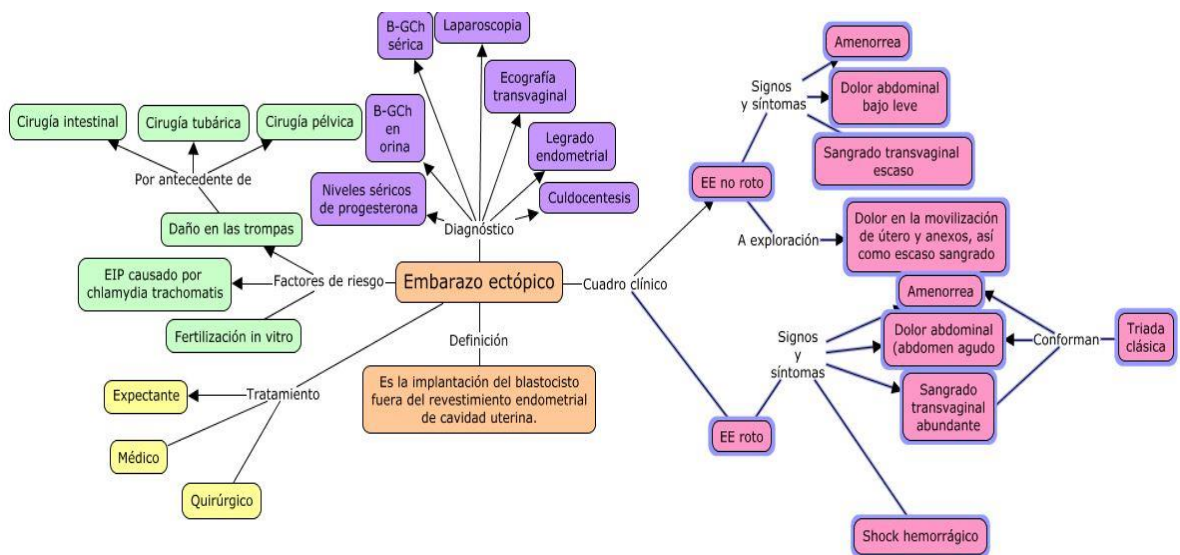


Figura 1: Esquema de manejo de embarazo ectópico **Tomado de:** Eduardo Redondo



SCORE MAMÁ

Parámetro	Puntaje							Parámetro	Puntaje parcial
	3	2	1	0	1	2	3		
FC(****)	≤ 50	—	51-59	60-100	101-110	111-119	≥120	FC(****)	1
Sistólica	≤ 70	71-89	—	90-139	—	140-159	≥160	Sistólica	2
Diastólica	≤ 50	51-59	—	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	0
FR(****)	≤ 11	—	—	12-22	—	23-29	≥30	FR(****)	0
T (°C) (*)	—	≤35.5	—	35.6-37.5	37.6-38.4	—	≥38.5	T (°C) (*)	0
Sat O ₂	≤ 85	86-89	90-93(**)	94-100	—	—	—	Sat O ₂	0
Estado de Conciencia	—	confusa / agitada	—	Alerta	responde a la voz / somnolenta	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	0
Proteinuria (***)	—	—	—	Negativo	Positivo	—	—	Proteinuria (***)	0
<i>Considerar que en la labor de parto los signos vitales podrían alterarse</i>									3

Tomado de: Guía de practica clínica Score mama y claves obstétricas.

Tabla 5. Clasificación del grado de shock.

Pérdida de Volumen en % y ml (gestante 50-70 Kg)	Nivel de conciencia	Perfusión	Frecuencia cardiaca Lat/min	Presión arterial sistólica mmHg	Grado de choque	Cristaloides a infundir en la primera hora
10-15% 500-1000	Normal	Normal	60-90	Normal	Compensado	Ninguno
16-25% 1000-1500	Normal y/o Agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	3000-4500
26-35% 1500-2000	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-80	Moderado	4500-6000
>35% 2000-3000	Letárgica, inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración más llenado capilar >3"	>120	<70	Severo	>6000

Tomado de: Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D, 2012. (30)

Tomado de: Guía de practica clínica Score mama y claves obstétricas.



Índice de choque (32,33)

Indicador: frecuencia cardíaca / presión arterial sistólica

Índice > 1: se debe iniciar transfusión inmediata de 2 unidades de sangre sin cruzar- O negativo- . Si no está disponible se puede usar -O positivo- y solicitar las unidades adicionales cruzadas.

Si se transfunden 6 unidades o más de glóbulos rojos, se debe mantener la relación 1:1:1, por cada unidad de glóbulos rojos se debe administrar 1 unidad de plasma y 1 unidad de plaquetas.

Fuente: Petro Urrego , 2014 (32); Le Bas, 2014 (33)

Tomado de: Guía de practica clínica Score mama y claves obstétricas.