



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN-MANAGUA

Trabajo Monográfico para optar al título de Médico y Cirujano

Cumplimiento del protocolo en el abordaje de Embarazo Ectópico en mujeres atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Autores:

Br. Karla Danelia Morales Lindo.

Br. Judith de los Ángeles Ortega García.

Br. Lorena Guadalupe Ortega García.

Tutor Científico Y Metodológico:

Msc. Md José De Los Ángeles Méndez

Managua, Nicaragua Enero 2022

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios, por ser nuestro pilar fundamental, por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo personas que nos llenan de amor y felicidad.

A nuestros padres, por ser nuestro mayor apoyo, por los valores que nos han inculcado y por darnos la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestras vidas. Sobre todo, por el ejemplo de perseverancia inculcado y que jamás debemos darnos por vencidos.

A nuestros hermanos, por ser parte de nuestras vidas y representar la unidad familiar. Por ser un ejemplo a seguir y un motivo de superación personal.

A nuestros amigos, por confiar y creer en nosotros y hacer de nuestra etapa universitaria un trayecto de vivencias que jamás olvidaremos.

A nuestro tutor monográfico, por su paciencia, sus enseñanzas y dirección para poder culminar este trabajo con éxito.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por habernos permitido llegar hasta este punto y darnos salud para lograr nuestros objetivos, superar los obstáculos y darnos motivación para culminar este trabajo, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres:

Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos han permitido ser personas de bien, pero más que nada, por su amor.

A nuestros familiares:

Por impulsarnos y motivarnos con sus palabras de ánimo, por demostrarnos el enorme orgullo que sienten por nosotros y hacernos saber que estarán siempre apoyándonos y ayudándonos a superar los obstáculos.

A nuestros maestros:

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, por todos los conocimientos transmitidos y la paciencia con que nos instruyeron día a día; al Dr. Méndez por su tiempo compartido, por las correcciones y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional por medio de esta tesis.

OPINIÓN DEL TUTOR

La actividad médica debe estar regulada, y para que eso se cumpla se deben establecer mecanismos y/o formas para evaluarla.

En el abordaje de las patologías Gineco-Obstetra en su mayoría esta protocolizados es decir hay guías o reglamentos que permiten medir la calidad de atención, en una determinada acción con el firme propósito de garantizar la Salud en condiciones aceptables.

Los resultados de este estudio demuestran que a pesar de los grandes esfuerzos por cumplir se presentan fallas o faltas al cumplimiento de un manejo ya establecidos.

Considero que los Jóvenes Investigadores son merecedores de una Felicitación sincera por el esfuerzo.

Atentamente:

**Tutor Científico y Metodológico.
MCS. MD. José de los Ángeles Méndez.
Profesor Titular de la facultad de Medicina.
UNAN-Managua.**

RESUMEN

El embarazo ectópico es un evento que constituye una emergencia obstétrica dada la gravedad y el riesgo para la vida de la mujer. La incidencia a nivel mundial ha aumentado en las últimas décadas hasta alcanzar el 1-2%. El objetivo del estudio es determinar el nivel de cumplimiento del protocolo en mujeres atendidas en el servicio de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque Enero - Diciembre, 2020. El tipo de estudio fue Descriptivo de corte Transversal, con enfoque Cuantitativo, con un total de 59 embarazadas en estudio, por muestreo de tipo no probabilístico en el cual se aplicó criterios de selección de muestra. Entre los resultados encontrados está el 46.1% para la edad de 20 a 34 años, el 46.1% para pacientes Bigesta, el 92.3 % se diagnosticaron entre las semanas 5 a 9 6/7 y el 93.1 % sin captación previa de embarazo. Según con los criterios diagnósticos y terapéuticos para Embarazo Ectópico se obtuvo el 100% de cumplimiento, sin embargo, solo el 78.8 % de los expedientes logran cumplir con los estándares de calidad de atención. Se recomienda la educación continua para la identificación de factores de riesgo en el momento oportuno.

Palabras clave: Embarazo Ectópico, factores de riesgo, captación temprana.

ÍNDICE

I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	2
III. Justificación.....	5
IV. Planteamiento del problema.....	6
V. Objetivos.....	7
5.1 Objetivo general.....	7
5.2 Objetivos específicos.....	7
VI. Marco teórico.....	8
6.1 Definición.....	8
6.2 Factores de riesgo.....	8
6.3 Clasificación.....	9
6.4 Diagnóstico.....	10
6.6 Diagnóstico diferencial.....	13
6.7 Procedimientos y tratamiento.....	13
a.1 Manejo expectante.....	14
a.2 Manejo con metotrexate.....	14
a.3 Manejo quirúrgico.....	14
6.8 Complicaciones.....	19
6.9 Criterios de alta.....	19
VII. Diseño metodológico.....	20
7.1 Tipo de estudio.....	20
7.2 Área de estudio.....	20
7.3 Universo.....	20
7.4 Muestra.....	20
7.5 Tipo de muestra.....	21
7.6 Criterios de inclusión.....	21
7.7 Criterios de exclusión.....	21
7.8 Unidad de análisis.....	21
7.9 Técnicas para la recolección de la información.....	21
7.10 Instrumento para la recolección de la información.....	22
7.11 Procedimiento para la recolección de la información.....	22

7.12 Plan de análisis y procesamiento de la información	22
7.13 Variables.....	23
8. Operacionalización de las variables	24
9. Principios éticos.....	29
VIII. Resultados	30
IX. Discusión de resultados.	35
X. Conclusiones.....	41
XI. Recomendaciones	42
XII. Bibliografía	43
XIII. Anexos	45

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la segunda causa de hemorragia en la primera mitad del embarazo con una frecuencia mayor en las mujeres multíparas que en las primíparas. En general, se presenta una vez cada 100 a 200 nacidos vivos. (Nacional, 2018)

Es una urgencia obstétrica que ocurre posterior a la fecundación, cuando el blastocito se implanta en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina. (Christhian Rivera, 2020)

En el examen físico el 30% de las pacientes no presenta sangrado transvaginal, solo 10% presenta una masa anexial palpable y 10% no muestra manifestaciones clínicas durante la revisión ginecológica, por esto la piedra angular en el diagnóstico es el ultrasonido transvaginal y la determinación sérica de gonadotropina coriónica humana (B-HCG). (Nacional, 2018)

La incidencia a nivel mundial ha aumentado en las últimas décadas hasta alcanzar el 1-2%^{1,9}, aunque las cifras se han estabilizado en los últimos años. Esto es debido fundamentalmente a 3 condicionantes: el aumento de los factores de riesgo, el incremento en la aplicación de técnicas de reproducción asistida y el uso de métodos diagnósticos más sensibles y específicos que permiten detectar casos que, de otra manera, habrían pasado inadvertidos. (Elsevier, embarazo ectópico, junio 2017)

De esta manera que el presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de cumplimiento del protocolo en mujeres atendidas en el servicio de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque Diciembre, 2020; ya que, el embarazo ectópico, constituye una verdadera emergencia médica, donde la valoración implica una combinación de síntomas clínicos, serología y ultrasonido, para un diagnóstico y tratamiento temprano y así reducir las complicaciones asociadas a esta patología.

II. ANTECEDENTES

A nivel Internacional:

Ambato, Ecuador en el año 2013 el bachiller Torres Palacios Luzdari Patricia, realizo tesis bajo el título “Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del hospital provincial docente Ambato período julio 2011- julio 2012”. Donde se evidenció que el grupo etario donde predomina esta complicación se encuentra entre los 20 a 34 años de edad con un 73%, la mayoría pertenece al área rural en un 70%, son multíparas con el antecedente de un inicio de la vida sexual activa menor de 18 años. (Palacios, 2013)

En el año 2014, la revista Scielo publicó un estudio bajo el título “Manejo del embarazo ectópico” el cual reflejo que los síntomas que presentaron las pacientes, el más frecuente fue el dolor abdominal en el 94,8 %, seguido del sangrado con 86,6% y dentro de los signos el más frecuente fue el dolor a la palpación con 92,1 %. El 76,1 % de los casos fue diagnosticado en la fase complicada y sólo el 23,9 % se diagnosticó en fase no complicada. Del mismo modo, resultó llamativo que el diagnóstico de la mayoría de los casos fuera en la etapa complicada. (MSc. Margarita Altunaga Palacio, 2014)

En el año 2017 Itaugua, Paraguay Msc. Marcia Torres, realizó un estudio clínico bajo el título “factores de riesgo que prevalecieron en la aparición del embarazo ectópico, en el hospital Universitario Ginecobstetricia "Eusebio Hernández" en el período comprendido de enero de 2013 a diciembre de 2016”, en donde el grupo de pacientes que tuvo las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años presentó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1%. Las mujeres que han padecido enfermedad inflamatoria pélvica tienen un riesgo de hasta siete veces mayor de un embarazo ectópico subsecuente. (Torres, 2016)

En otro estudio realizado en Quito, Ecuador para una impresión diagnóstica más certera durante el año 2020 Christian Rivera realizó un estudio el cual se titula “Diagnóstico de Embarazo Ectópico” en donde se expone que ante una duda diagnóstica, el seguimiento seriado con gonadotropina coriónica humana B (b-HCG) permite resolver si se trata de un aborto, embarazo ectópico o embarazo normotópico. (Christian Rivera, 2020)

A nivel Nacional:

En León, en el año 2011 las bachilleres Annabel Espinoza Reyes y Scarlett Gabriela García Hernández realizaron un estudio el cual se tituló “Manejo del Embarazo Ectópico: estudio comparativo entre el centro médico universitario de Utrecht (Utrecht-Holanda) y el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (León- Nicaragua).” En el cual concluyeron que el tratamiento del embarazo ectópico debería de ser individualizado para cada paciente y depende de la edad gestacional y del tamaño del embarazo, de la estabilidad de la paciente y del resultado del ultrasonido y los exámenes de laboratorio. (Hernández, 2011)

En un estudio realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense sobre embarazo ectópico en primigesta en el periodo de junio 2013 a junio 2016, se concluyó que las características sociodemográficas predominantes fueron el grupo etario de 15 a 20 años, la mayoría de pacientes tuvo el diagnóstico de ingreso de embarazo ectópico conservado y localizado en la ampolla uterina. La edad gestacional predominante fue 7 a 8 semanas. Del 100% de embarazos atendidos en el hospital en el periodo de estudio el 16% eran primigesta.

En Managua en el año 2016 las bachilleres Hatzel Elier Robles Maltézb y Alejandra del Carmen Guerrero Novoa realizaron tesis de grado bajo el título “Nivel de cumplimiento en la aplicación del protocolo en el abordaje de embarazo ectópico en mujeres atendidas en el servicio de Complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre del 2015” en donde afirmaron que posterior al análisis realizado en cada uno de los expedientes al comparar con cada una de las actividades normadas que solo 23 (76.7%) de los expedientes logran cumplir con los estándares de calidad de atención. (Novoa, 2016)

III. JUSTIFICACIÓN

El embarazo ectópico es una causa de morbilidad materna a nivel mundial en un 35 % aproximadamente, en Nicaragua se estima que de 1 de cada 100 a 200 embarazos presentará esta complicación (Normativa 109, 2019), por lo que, conocer la aplicación de los criterios clínicos y terapéuticos ya normados por el ministerio de salud permitirá mostrar si la identificación de esta patología se está realizando precoz y adecuadamente.

Este trabajo investigativo facilitará el conocimiento sobre si las estrategias para obtener un diagnóstico temprano y manejo adecuado están cumpliendo con las indicaciones obligatorias ya normadas mediante su consignación en el expediente clínico durante el proceso de atención.

La importancia del conocimiento del embarazo ectópico en nuestro medio hizo necesaria la realización de este estudio para mostrar el abordaje que se brinda a pacientes diagnosticadas en nuestro país, el seguimiento normado ya proporcionado por el ministerio de salud y la detección de debilidades que aún necesitan su fortalecimiento.

Los pocos estudios realizados en nuestro país sobre los niveles de cumplimiento de esta norma son escasos y desactualizados, conocer el nivel del cumplimiento de la normativa 109 para el manejo del embarazo ectópico en el hospital Bertha Calderón Roque, un centro de atención especializado y de referencia nacional, aportará información necesaria para la creación de estrategias y planes de intervención que optimicen el manejo adecuado de esta complicación.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En Nicaragua a pesar de que está normado obligatoriamente protocolo del manejo terapéutico de esta complicación obstétrica, los estudios demuestran que solo un porcentaje inferior a un 50 % logra cumplir con los estándares establecidos por la normativa 109.

El embarazo ectópico es un evento que constituye una emergencia obstétrica que ocurre 1 de cada 100 a 200 embarazos; y, a pesar de que las estrategias que el ministerio de salud ha brindado para su atención en embarazo ectópico a través de sus programas y normas, se observa desigualdad en cuanto al manejo de la atención de esta complicación.

Es por ello que, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de cumplimiento del protocolo de embarazo ectópico en mujeres en el Hospital Bertha Calderón Roque enero – diciembre, 2020?

V. OBJETIVOS:

5.1 Objetivo General

Determinar el nivel de cumplimiento del protocolo en el abordaje de embarazo ectópico en mujeres atendidas en el servicio de complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

5.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Mencionar las características gineco-obstétricas de las pacientes muestreadas.
3. Conocer el cumplimiento de los criterios diagnósticos para el abordaje del embarazo ectópico.
4. Describir el cumplimiento de los criterios terapéuticos de tal patología.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1 Definición

Implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina ya sea por retraso, desviación o imposibilidad de la migración hacia ella o, por anticipación de la capacidad de implantación del huevo. (Nacional, 2018)

El embarazo ectópico (EP) o embarazo extra uterino, aceptado del griego “ektopos” que significa fuera de lugar, se refiere a la implantación del blastocito fuera del endometrio de la cavidad uterina con un 95.5% implantados en la trompa; donde el feto o embrión usualmente está ausente o deja de crecer. Los otros sitios más comunes de implantación son el ovario (3.2%) y sitios abdominales (1.3%). (Liang, 2018).

6.2 Factores de Riesgo

Cualquier factor que afecte a la capacidad de la trompa para transportar los gametos o embriones. Todos ellos tienen en común la producción de una lesión del epitelio tubárico y/o la interferencia en la movilidad de las trompas. Los factores que universalmente se asocian al embarazo ectópico (Nacional, 2018), son:

Factor de riesgo	Riesgo Relativo
Cirugía tubaria previa	21
Esterilización tubaria ^a	9.3
Embarazo ectópico previo	8.3
Exposición intrauterina a Dietilestilbestrol (DES)	5.6

Uso de Dispositivos Intrauterinos	4.2
Cirugía pelviana previa	0.9-3.8
Lesión Tubaria documentada	3.7
Infertilidad previa	2.5
Infección pelviana previa	2.5-3.7
Promiscuidad sexual	2.1
Tabaquismo previo	1.5
Tabaquismo actual ^b	1.7-3.9
Duchas vaginales	1.1-3.1
Edad del primer coito <18 años	1.6

Aunque la etiología del EP es multifactorial, hasta el 50% de las mujeres con EP no tienen riesgos identificables. Los mecanismos que subyacen al riesgo de implantación extrauterina siguen sin estar claros. Los mecanismos postulados incluyen: a) obstrucción anatómica, b) anomalías en la motilidad tubaria o función ciliar. c) producto de la concepción anormal, y d) factores quimiotácticos que estimulan implantación tubaria. (Huixian Hu Liang, 2018).

6.3 Clasificación

Según Normativa 109 el cual lleva como nombre Protocolo para el Abordaje de las Complicaciones Obstétricas 2013, se clasifica de la siguiente manera:

6.3.1. Por su comportamiento clínico:

6.3.1.1. Ectópico Conservado o no Roto.

6.3.1.2. Ectópico Roto:

6.3.1.2.1. Con estabilidad hemodinámica.

6.3.1.2.2. Con inestabilidad hemodinámica

6.3.2. Por su ubicación:

- 6.3.2.1. Tubárico.
- 6.3.2.2. Tubo-ovárica.
- 6.3.2.3. Cornual.
- 6.3.2.4. Ovárico.
- 6.3.2.5. Abdominal.
- 6.3.2.6. Cervical.

6.4 Diagnóstico

El diagnóstico se basa en 3 pilares fundamentales: exploración clínica, ecografía y, cuando no es suficiente con ambas, las determinaciones seriadas la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (β -HCG). (Stovall TG, 2017)

Cursa inicialmente sin clínica y, por tanto, la ausencia de signos y síntomas no lo descarta. El diagnóstico se basa en prueba de embarazo positiva con: Anamnesis, Manifestaciones Clínicas, Ecografía de preferencia transvaginal, Marcadores plasmáticos placentarios, fundamentalmente β -HCG. (Nacional, 2018).

6.4.1 Anamnesis:

Interrogatorio en búsqueda de amenorrea asociada a factores de riesgo para una anidación extrauterina del huevo fecundado.

6.4.2 Manifestaciones clínicas:

En la mayoría de los casos, están determinadas por el grado de invasión trofoblástica, la viabilidad del embarazo y el lugar de implantación. (Nacional, 2018)

Las manifestaciones clínicas dependerán de si el embarazo está conservado (pudiendo ser incluso asintomática), o roto, en este caso puede provocar un cuadro tan catastrófico con inestabilidad hemodinámica y riesgo inminente de muerte materna.

6.4.2.1. Las manifestaciones clínicas pueden ser:

a. Amenorrea.

b. Síntomas de embarazo inicial:

- Manchado hemático transvaginal irregular.
- Dolor pélvico
- Sensibilidad mamaria
- Náuseas
- Dolor pélvico intermitente

c. En los embarazos ectópicos rotos:

- Signos de choque hipovolémico (taquicardia, taquipnea, hipotensión, mareos, alteración del nivel de conciencia, palidez, llenado capilar lento)
- Dolor pélvico intenso (generalmente unilateral en fosa iliaca)
- Distensión abdominal
- Dolor a la palpación de fondo de saco vaginal
- Dolor referido a hombro (signo de hemoperitoneo)
- Sangrado transvaginal intenso
- Hipersensibilidad o masa anexial, dolor a la movilización cervical

En pacientes con antecedente de amenorrea que acudan con cuadro súbito de sangrado transvaginal, dolor pélvico intenso y masa anexial, se debe sospechar la presencia de embarazo ectópico. (Triada clásica que se presenta en el 45% de los casos).

6.4.3 Ecografía:

Hasta un 15-35% de las gestaciones ectópicas no se ve por ecografía. Son signos ecográficos de embarazo ectópico (Nacional, 2018):

- a) Presencia de un útero vacío, especialmente si el endometrio es grueso.
- b) Presencia de un seudosaco intraútero 20% de los casos.
- c) Signo del «doble halo» en la trompa.
- d) Visualización de un saco gestacional fuera del útero: con presencia de vesícula vitelina e incluso, a veces, de embrión. Es el único diagnóstico de certeza exclusivamente ecográfico.
- e) Doppler color positivo en los dos casos anteriores.
- f) Líquido en el espacio de Douglas (encontrar líquido libre en el fondo de saco no es un hallazgo único de anidación ectópica ya que se puede encontrar también en embarazos intrauterinos; sin embargo, líquido libre con aumento en su ecogenicidad, es un hallazgo evidente en el 28-56% de embarazos ectópicos).

El ultrasonido transvaginal es la herramienta de elección en el diagnóstico de los embarazos ectópicos tubáricos, con una sensibilidad de 87–99% y una especificidad de 94– 99%.

6.4.4. Laboratorio: Marcadores plasmáticos placentarios:

En el embarazo ectópico, la concentración de HCG es ligeramente menor al de un embarazo normal (1,000 a 2,000 UI). Cuando las concentraciones son mayores a 1800 UI debe observarse por ultrasonido. (Nacional, 2018)

El diagnóstico se basa en 3 pilares fundamentales: exploración clínica, ecografía y, cuando no es suficiente con ambas, las determinaciones seriadas la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (β -HCG) (recomendación tipo B). Casi siempre es posible efectuar el diagnóstico de forma ambulatoria. (elsevier, 2017)

La combinación de ecografía transvaginal y determinaciones seriadas de B-HCG tiene una sensibilidad del 96%, una especificidad del 97% y un valor predictivo positivo del 95% para el diagnóstico de embarazo ectópico. Éstas son las pruebas más eficientes de diagnóstico. (Nacional, 2018)

6.5. Diagnóstico Diferencial

- a) Amenaza de aborto o aborto incompleto.
- b) Embarazo Molar.
- c) Quistes de ovario (torsión o ruptura).
- d) Cuerpo lúteo hemorrágico: suele presentar el mismo cuadro del ectópico accidentado, con la paciente hemodinámicamente inestable, por lo que es difícil diferenciarlos del mismo.

6.6. Procedimientos y Tratamiento:

Según Normativa 109 protocolo para la atención de complicaciones obstétricas octubre 2018, la atención de la paciente según nivel de atención se realiza de la siguiente manera:

6.6.1 Primer nivel de atención

- Toda sospecha clínicamente de embarazo ectópico, asegurar traslado de acuerdo a normativa 068 a un hospital (COE Completo).
- Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre, con SSN 0.9 % o hartman1000cc IV 42 gotas por minuto.
- Hemoglobina, Grupo y Rh, hematocrito y prueba de embarazo.

6.6.2 Segundo nivel de atención

6.6.2.1. Medidas generales del embarazo ectópico no roto (conservado):

6.6.2.2. Hospitalización inmediata.

6.6.2.3. Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre Niveles de Fracción B- HCG.

6.6.2.4. Exámenes complementarios (BHC más plaquetas, EGO, Tipo y Rh, VIH, RPR, TP, TPT, preparar sangre).

6.6.2.5. Ultrasonido para valorar el tamaño de masa anexial.

6.6.2.1. En el embarazo ectópico no roto o conservado se puede manejar de 3 maneras:

- a. Manejo expectante.
- b. Manejo con Metotrexato.
- c. Manejo quirúrgico.

6.6.2.1.1. Manejo Expectante.

A. Indicaciones para su realización:

- a) Dolor o sangrado mínimo.
- b) No evidencia de ruptura tubárica.
- c) El examen ecográfico transvaginal no confirma el diagnóstico.
- d) Niveles de Fracción BHCG menor de 1000mIU/ml y decrece.

B. En que consiste manejo expectante:

- a) Manejo hospitalizado.
- b) Consentimiento informado.
- c) Controles bisemanales de β -HCG hasta que los niveles desciendan un 50%, a partir de aquí se adecuarán los controles al descenso de la β -HCG hasta su negativización.
- d) Ecografía bisemanal.

C. Fracaso del manejo expectante.

- a) Si la fracción β -HCG se estabiliza o asciéndanse.
- b) Si no hay un descenso de la β -HCG del 50% a la semana de seguimiento.

6.6.2.1.2. Manejo con Metotrexate

Tratamiento del embarazo ectópico con Metotrexate solo en caso seleccionados en Hospitales con competencias técnicas científicas, equipamiento especializado e insumos médicos requeridos para este tratamiento.

Toda paciente que será sometida a tratamiento médico con Metotrexate debe recibir información y firmar consentimiento informado acerca de los efectos colaterales, posible necesidad de otros tratamientos y del seguimiento clínico. (B. ACOG 2008).

B. Indicaciones:

- a) Signos vitales estables y niveles bajos de sintomatología.
- b) No contraindicaciones para el uso de metotrexate (enzimas hepáticas normales, biometría hemática completa y recuento de plaquetas normales).
- c) Niveles séricos de B-H CG de menores de 2000 mul/ml.
- d) Ausencia de la actividad cardiaca del embrión.
- e) Masa anexial < 3 cm.
- f) Deseo de fertilidad futura.
- g) B-HCG estable o en aumento después del curetaje, con pico máximo menor de 5.000 mUI/mL.
- h) Sin hemorragia activa (estabilidad hemodinámica).
- i) Visualización laparoscópica completa del ectópico.
- j) Normalidad de las enzimas hepáticas y del hemograma.

B. Casos seleccionados de embarazo cervical y cornual.

Tanto en el embarazo ectópico cornual como en el cervical y en el intersticial se recomienda intentar tratamiento conservador con metotrexate independientemente de los niveles de β -HCG. (Nacional, 2018)

En el embarazo cornual o intersticial con hemorragia, cuando ha fracasado el tratamiento médico, se recomienda la laparotomía con la resección cornual; Si paciente desea descendencia, se aconseja intentar la incisión cornual y extracción de la vesícula gestacional. Si el daño muy extenso la histerectomía. (Nacional, 2018)

6.6.2.1.3. Manejo Quirúrgico (Cirugía abierta)

- Laparoscopia.
- Laparotomía.

A. Embarazo ectópico roto

De acuerdo a normativa (Nacional, 2018):

- a) Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre (una o dos bránulas en dependencia del estado hemodinámico).
- b) Administrar Solución Salina Norma 0.9% 1000 ml o Lactato de Ringer a goteo rápido.
- c) Colocar sonda vesical Foley No 18 para cuantificar la diuresis.
- d) Mejorar hemodinámicamente a la paciente antes de la intervención quirúrgica en los casos que sea posible.
- e) Control de signos vitales cada 15 minutos.
- f) En dependencia del estado hemodinámico y el estado general de la paciente administre paquete globular o Sangre previas pruebas de compatibilidad sanguínea.

g) Intervenga quirúrgicamente de inmediato ya que la hemorragia compromete la vida de la paciente.

B. Manejo durante la intervención quirúrgica

a. Laparoscopia Diagnóstica y Tratamiento

Si se cuenta con los medios y la experiencia, realice este procedimiento de preferencia, por ser diagnóstico, curativo, disminuye la morbi-mortalidad y la estancia hospitalaria.

b. Laparotomía Exploradora

- a) Bajo anestesia general practique Incisión media subumbilical o Pfannenstiel según estado hemodinámico y experiencia.
- b) Evacúe el hemoperitoneo y detenga el sangrado activo.
- c) Practique salpingostomia o salpingectomia parcial o total en dependencia de la porción de trompa comprometida con el embarazo ectópico y con la necesidad de conservar la fertilidad.
- d) Si hay daño extenso de la trompa, practique salpingectomia total.
- e) Practique lavado peritoneal con solución salina normal tibia al 0.9% al finalizar la cirugía.

c. Histerectomía

Se recurre a este procedimiento en caso de daño extenso del útero, que generalmente se presenta en las localizaciones cornuales o cervicales en donde se produce estallido del útero.

6.8 Complicaciones

De acuerdo a la Normativa 109, 2018; protocolo para la Atención de Complicaciones Obstétricas:

- a) El aborto tubárico.
- b) Ruptura de la trompa (la más común y la de mayor gravedad por la hemorragia (intensa).
- c) Ruptura del útero en dependencia de la localización del embarazo ectópico (Intersticial cornual, cervical).
- d) Anemia Aguda.
- e) Shock hipovolémico.
- f) Muerte.

6.9 Criterios de alta

- a) Recuperación postoperatoria y anestésica.
- b) Reposición de sangre perdida.
- c) Estabilidad hemodinámica y del estado general de la paciente.
- d) No hay signos de infección. Si es Rh negativo: (Profilaxis anti-D 50 µgrs).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de Estudio:

El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo.

7.2 Área de Estudio:

El estudio se realizó en la sala de maternidad en el servicio de complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque ubicado en Managua.

7.3 Universo:

El universo estuvo conformado por 59 embarazadas hospitalizadas con diagnóstico de Embarazo Ectópico que estuvieron en el servicio de complicaciones I en el período de estudio.

7.4 Muestra:

La muestra correspondió a 52 embarazadas hospitalizadas en el Servicio de complicaciones I con diagnóstico de embarazo ectópico, según el programa estadístico Openepi para un margen de error del 5% y nivel de confianza de confianza del 95 %.

7.5 Tipo de Muestra:

No probabilístico y por conveniencia.

7.6 Criterios de Inclusión:

- Pacientes que fueron diagnosticadas durante el periodo de estudio.
- Expediente con información completo.
- Mujeres que fueron atendidas en el Servicio de Complicaciones I del Hospital Bertha Calderon Roque.

7.7 Criterios de Exclusión

- Expedientes incompletos.
- Ingresadas en Servicio de Complicaciones I con otro diagnóstico.

7.8 Unidad de análisis:

Pacientes embarazadas ingresadas en sala de Maternidad en el Servicio de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque con diagnóstico de Embarazo Ectópico que cumplan con los criterios de inclusión, cuya información se encuentre en el expediente clínico.

7.9 Técnicas para la recolección de la información:

Se procedió a revisar los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico ingresadas en el Servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque en el período comprendido, previa autorización del director del hospital para poder acceder a los expedientes clínicos.

7.10 Instrumento para la recolección de la información:

Se utilizó una ficha de recolección de datos que recopiló información del expediente clínico, elaborada por el equipo investigador, evaluado mediante prueba piloto y aplicada en la revisión de expedientes clínicos y que antes de ser aplicado fue revisado por especialistas para su validación.

7.11 Procedimiento para la recolección de la información:

Se solicitó autorización de las autoridades de la unidad de salud, para que facilitaran los expedientes de las pacientes embarazadas ingresadas en complicaciones I durante el año en estudio, se clasificaron los expedientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico, se revisaron las variables para asegurarse que estaban en el expediente. Una vez elaborada la ficha de recolección de datos se recolectó la información, se codificó cada una de las fichas para cumplir con el anonimato.

7.12 Plan de análisis y procesamiento de la información:

Se diseñó una base de datos con todas las variables de los objetivos en el programa estadístico SPSSv25. Se utilizó Microsoft Office Word 2019 para elaborar el texto acorde a normativa APA, se elaboraron gráficas de barra y tablas de frecuencia, con análisis simple y bivariable según la naturaleza de las variables.

7.13 Variables:

1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.

- 1) Edad.
- 2) Procedencia.
- 3) Escolaridad.
- 4) Estado Civil.

2. Mencionar las características gineco-obstetricas de las pacientes en estudio.

- 1) Número de gestas.
- 2) Edad Gestacional.
- 3) Número de cesárea.
- 4) Número de aborto.
- 5) Número de controles prenatales.

3. Conocer los criterios diagnósticos para Embarazo Ectópico.

- 1) Manifestaciones clínicas.
- 2) Ecografía.
- 3) Laboratorio.

4. Describir los criterios terapéuticos del Embarazo Ectópico.

- 1) Manejo terapéutico

8. Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Indicador	Escala/Valor
1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.			
Edad	Período de tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta la fecha actual en año.	Años	10-14 años 15-19 años 20-34 años ≥35 años
Procedencia	Zona geográfica de residencia habitual de la paciente.	Región Geográfica	Rural Urbano
Escolaridad	Nivel académico establecido por el pensum del ministerio de educación.	Nivel académico	Analfabeta Alfabetizada Primaria Secundaria Técnico Universitaria
Estado civil	Relación conyugal de la persona al momento del estudio.	Condición Conyugal	Soltera Acompañada Casada Viuda Divorciada
2. Mencionar las características gineco-obstétricas de las pacientes en estudio.			
Número de gestas	Número de veces que una mujer se ha embarazado.	Número	Primigesta Bigesta Multigesta

			Granmultigesta
Número de aborto	Terminación del embarazo por expulsión o extracción del embrión/feto antes de las 22 semanas y un peso <de 500 grs.	Número	0 1 ≥2
Cesárea	Número de veces que ha sido intervenida quirúrgicamente para la extracción del producto.	Número	0 1 2 3
Semanas de gestación	Tiempo transcurrido desde el momento de la fecundación hasta la culminación del embarazo.	Semanas	<5 SG 5-9 6/7 SG 10- 14 6/7 SG >15 SG
Número de CPN	Serie de contactos, entrevistas programadas entre el equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo para la adecuada preparación de parto y cuidados del niño.	Número	Ninguno 1 2 3

3. Conocer los criterios diagnósticos para Embarazo Ectópico.

Manifestaciones clínicas	Signos y síntomas que se presentan en una enfermedad.	Embarazo Ectópico No Roto	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea • Manchado o sangrado transvaginal irregular (oscuro en borra de café). <ul style="list-style-type: none"> • Náuseas. • Congestión de mamas.
---------------------------------	---	---------------------------	--

		<p>Embarazo Ectópico Roto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pigmentación azulada de vagina y de cuello uterino. • Ligeramente aumento del volumen uterino. • Mayor frecuencia urinaria • Dolor abdominal y pélvico intermitente. • Sangrado transvaginal. • Reblandecimiento del cuello y cuerpo uterino. • Hipersensibilidad anexial. • Masa anexial (por clínica o ultrasonido). • Cuidado uterina vacía por ultrasonido <ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea • Síntomas de embarazo inicial. • Colapso y debilidad. • Pulso rápido y débil. • Hipovolemia, Hipotensión, Shock. <ul style="list-style-type: none"> • Palidez. • Dolor abdominal y pélvico agudo intenso sostenido y localizado en una fosa ilíaca. • Distensión abdominal y rebote • Sangrado transvaginal escaso. • Dolor al movilizar el cuello y el útero. <ul style="list-style-type: none"> • Masa anexial • Sangre libre en cavidad abdominal por clínica y ultrasonido. • El fondo de saco posterior es muy doloroso. <ul style="list-style-type: none"> • Dolor en el hombro
--	--	---------------------------------------	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Colocar sonda vesical Foley No 18 para cuantificar la diuresis <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar hemodinámicamente a la paciente antes de la intervención quirúrgica en los casos que sea posible • Control de signos vitales cada 15 minutos • En dependencia del estado hemodinámico y el estado general de la paciente administre paquete globular o Sangre previas pruebas de compatibilidad sanguínea <ul style="list-style-type: none"> • Intervenga quirúrgicamente de inmediato ya que la hemorragia compromete la vida de la paciente.
--	--	--	--

Cruce de variables:

1. Edad - Número de Gestas.
- 2 procedencia – Número de Gestas.

9. Principios éticos

Durante el diseño y ejecución del trabajo investigativo, así como durante el análisis de la información, se siguieron los principios y recomendaciones de la Declaración de Helsinki para el desarrollo de investigaciones biomédicas.

La UNAN-Managua ni el Ministerio de Salud de Nicaragua, no cuenta con un comité de ética que avale o que prohíbe la investigación en personas mediante la utilización de expedientes.

Por otro lado, se siguieron las recomendaciones éticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se contará con la autorización de las autoridades del hospital. Los autores de esta tesis declaran no tener ningún conflicto de interés ni académico ni financiero.

No se utilizaron nombres de individuos, ni se registraron en las fichas, no se extrajo ningún expediente del centro, la información obtenida fue única y exclusivamente con fines de estudio. De igual manera, no se hizo ni hará uso de este trabajo para promulgar o difundir datos personales confidenciales. No se utilizó para obtener beneficios monetarios.

VIII. RESULTADOS

Objetivo no.1 *Características sociodemográficas de las pacientes en estudio.*

De acuerdo a las características sociodemográficas de las pacientes en estudio, en relación a la edad, se encontró que las mujeres entre los 10 a 14 años fueron el 0%, de 15 a 19 años fueron el 17.3% (9), de 20 a 34 años el 46.1% (24), finalmente las mujeres con edades mayores o igual a 35 años correspondieron al 36.5 % equivalente a 19 pacientes; ver anexos, tabla no. 1.

Del mismo modo, según la procedencia, se encontró un 28.8 % (15) equivalente al área rural y el porcentaje restante del 71.1 % (37) al área urbana; ver anexos, tabla no. 2.

Con respecto a la escolaridad se encontró un 0% de mujeres analfabetas, un 3.8 % (2) pacientes alfabetizadas, las que cursaron educación primaria corresponden al 25% (13), seguidas de aquellas pacientes que cursaron una educación secundaria con el 40.3% (21), el 13.4 % (7) equivale a las mujeres que cursaron un técnico, siendo el 17.3 % (9) restante las mujeres con educación universitaria; ver anexo, tabla no. 3.

En cuanto al estado civil, el 28.8 % (15) corresponde a las mujeres solteras, el 42.3 % (22) fueron las mujeres acompañadas, las mujeres en unión matrimonial fueron el 26.9 % (14), el 0% equivale al estado de viudez, y las mujeres en divorcio el 1.9 % (1); ver anexo, tabla no. 4.

Objetivo no. 2 Características gineco-obstetricas de las pacientes muestreadas.

De acuerdo a las características gineco-obstetricas, tomando como variable el número de gesta, se encontró que el 17.3 % (9) corresponden a las mujeres que por primera ocasión estuvieron embarazadas, seguidas con el 46.1 % (24) las mujeres bigesta, el 15.3 % (8) corresponde a las mujeres multigesta, y en última instancia con el 21.1 % (11) las pacientes granmultigesta; ver anexos, tabla no. 5.

Así mismo, según al número de aborto, se encontró un 55.7 % (29) para aquellas mujeres sin antecedentes del mismo, las que tuvieron un aborto previo con el 28.8 % (15), y aquellas que tuvieron igual o mayor a dos abortos se obtuvo un 15.3 % (8); ver anexo, tabla no. 6.

Tomando como antecedente obstétrico el número de cesárea previas, se obtuvo un 55.7 % (41) para aquellas mujeres que no habían sido intervenidas por esa vía, seguido del 15.3 % (8) para las mujeres que en 1 ocasión habían finalizado su embarazo por esa vía, aquellas que en 2 ocasiones habían tenido tal antecedente con el 5.7 % (3), y las mujeres con 3 antecedentes de dicha variable con el 0%; ver anexo, tabla no 7.

Por consiguiente, según las semanas de gestación, aquellas con menor de 5 semanas se obtuvo el 5.7 % (3), de 5 a 9 6/7 SG con el 92.3 % (48), de 10 a 14 6/7 SG con el 1.9 % (1), culminando con el 0 % para las mujeres con mayor de 15 SG; ver anexo, tabla no. 8.

Finalmente, en base al número de CPN, se obtuvo un 92.3% (48) para las mujeres sin ningún control prenatal previo, el 7.6 % (4) para aquellas pacientes ya ingresadas en su 1er cpn, y el 0 % para aquellas sin 2do y 3er cpn previo, respectivamente; ver anexo, tabla no. 9.

Objetivo no. 3 *Criterios diagnósticos para el abordaje del Embarazo Ectópico.*

Del total de las pacientes en estudio, 18 de estas presentaron Embarazo Ectópico no Roto equivalente al 34.6 %, en donde se encontró que de todas las manifestaciones clínicas que se describen en el protocolo del abordaje del mismo, amenorrea se cumple en 100 % (18) de las pacientes, manchado o sangrado transvaginal irregular en un 83.3 % (15), las pacientes que presentaron congestión de mamas corresponden al 72.2 % (13), pigmentación azulada de vagina y de cuello uterino con el 11.1 % (2), ligero aumento del volumen uterino con el 61.1 % (11), mayor frecuencia urinaria el 72.2 % (13), dolor abdominal y pélvico intermitente con el 83.3 % (15), de igual forma sangrado transvaginal con el 83.3 % (15), reblandecimiento del cuello y cuerpo uterino 77.7 % (14), hipersensibilidad anexial 77.7 % (14), masa anexial 72.2 % (13) y finalmente cavidad uterina vacía por ultrasonido con el 100 % (18); ver anexo, tabla no. 10.

El otro grupo restante con una cantidad de 34 pacientes equivalente al 65.3 % , lo constituyen aquellas con embarazo ectópico roto en donde se encontró el 100 % (34) en las que se señala la semana de Amenorrea, síntomas de embarazo inicial en un 85.2 (29), colapso y debilidad con el 5.8 % (2), pulso rápido y débil un 23.5 % (8), hipovolemia, hipotensión, shock con el 0% (0), palidez correspondiente al 35.2 (12), las pacientes que presentaron dolor abdominal y pélvico agudo intenso representan el 76.4 % (26), distensión abdominal y rebote con el 82.3 % (28), sangrado transvaginal escaso representa el 76.4 % (26), las pacientes que presentaron dolor al movilizar el cuello y el útero con un 91.1 % (31), masa anexial un 73.5 % (25), aquellas pacientes que presentaron sangre libre en cavidad abdominal representan el 79.4 % (27), fondo de saco posterior es muy doloroso en un 91.1 % (31) de las pacientes y únicamente en 2.94 % (1) describe dolor en hombro; ver anexo, tabla no. 10.

Del mismo modo, tomando como medio diagnóstico la ecografía, se obtuvo los siguientes resultados, presencia de un útero vacío el 5.7 % (3), presencia de un pseudosaco intraútero con el 3.8 % (2), signo del “doble halo” en la trompa con el 19.3 % (10), visualización de un saco gestacional fuera del útero con el 19.3 % (10), doppler color positivo en los dos casos anteriores el 3.8 % (2), por último líquido en el espacio de Douglas con el 48% (25); ver anexo, tabla no. 11.

Y por último, dentro de los medios diagnóstico los exámenes de laboratorio, se obtuvo que solo al 1.9 % (1) de la población fue indicada tal prueba que correspondiente a la concentración de HCG; ver anexo, tabla no. 12.

Objetivo no. 4 *Cumplimiento de los criterios terapéuticos de tal patología.*

De acuerdo a los criterios terapéuticos para Embarazo Ectópico no Roto se observó que el 83.3 % (15) de las pacientes fueron canalizadas, al 100 % (18) se le enviaron sus exámenes Complementarios, del mismo modo al 100 % (18) se envió ultrasonido, el 0 % (0) corresponden tanto a las pacientes con manejo expectante y manejo con Metotrexate, finalmente el 100 % (18) con manejo quirúrgico; ver anexo, tabla no. 13.

Al igual que el embarazo ectópico no roto se revisó el manejo de las pacientes con embarazo ectópico roto encontrando que al 100 % (34) de las pacientes se canalizó con bránula N°16 o de mayor calibre, de igual forma al 100 % de las pacientes se administró Solución Salina Norma 10.9% 1000 ml o Lactato de Ringer a goteo rápido, al 97% (33) se le colocó sonda vesical foley no 18 para cuantificar la diuresis, un 100 % (34) de las pacientes se estabilizaron hemodinámicamente, solo al 76.4 % (26) se evidencia la toma de signos vitales cada 15 minutos, en dependencia del estado hemodinámico y el estado general de la paciente se administrará paquete globular o sangre previas pruebas de compatibilidad sanguínea fue el 100 % (34) y el 94.1 (32) de estas pacientes fueron intervenidas de forma inmediata; ver anexo, tabla no. 13.

Cruce de variables

En relación, a edad y número de gesta, las pacientes con edades entre los 10 a 14 años se obtuvo el 0 % dentro de los antecedentes de gestación, las edades comprendidas entre los 15 a 19 años siendo Primigesta, Bigesta, Multigesta, Granmultigesta fueron 11.1 % (1), 33.3 % (8), y en los dos últimos antecedentes el 0 %, respectivamente; así mismo las mujeres entre las edades de 20 a 34 años siendo Primigesta, Bigesta,, Multigesta, Granmultigesta fueron 66.6 % (6), 29.1 % (7), 25% (2) y 81.1 %(9), respectivamente, y por consiguiente las pacientes entre las edades mayores o igual a 35 años con antecedente de Primigesta, Bigesta, Multigesta y Granmultigesta fueron 22.2 % (2), 0 %, 75 % (6) y el 18.1 % (2) respectivamente; ver anexo, tabla no. 14.

Por consiguiente, el resultado entre la relación con el lugar de procedencia y número de gesta, fue de la siguiente manera: del área rural siendo primigesta, bigesta, multigesta, granmultigesta se obtuvo el 13.3 % (2), 33.3 % (5), 20 % (3) y el 33.3 % (5), respectivamente, y por consiguiente, del área urbana siendo primigesta, bigesta, multigesta, granmultigesta se obtuvo el 18.9 % (7), el 51.3 % (19), un 13.5 % (5) y el 16.2 % (6), respectivamente; ver anexo, tabla no. 15.

Finalmente, del total de pacientes en estudio al 78.8 % (41) de estas se les aplico la normativa 109 al 100%, pero al 21.2 % (11) de las pacientes no se logró cumplir con la aplicación de normativa para el abordaje del embarazo ectópico; ver anexo, tabla no. 16.

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Objetivo no.1 *Características sociodemográficas de las pacientes en estudio.*

Dentro del estudio realizado, los grupos etarios que más frecuencia de embarazo ectópico se registran fueron las edades entre los 20 a 34 años representando el 46.1% (24), del mismo modo el 36.5 % (19) a las pacientes mayores o iguales a los 35 años de edad, no se registraron pacientes menores de 15 años con este diagnóstico. Según el estudio realizado en Cuba en el año 2017, se encuentra que dentro de la edad materna con mayor frecuencia en el comportamiento del embarazo ectópico es entre los 20-39 años (74.3%), considerándose que esta es la etapa de la vida con mayor actividad sexual y reproductiva, en su estudio describen que el 17.8% de los embarazos ectópicos se presentan en pacientes mayores de 40 años y es llamativo ver que en su estudio demuestran que el 7.9% de embarazos ectópicos se presentaron en menores de 20 años.

Del total de las pacientes la mayoría de ellas son de área urbana con el 71.1% (37) y el 28.8% (15) del área rural. Cabe señalar que actualmente nuestro sistema de salud cuenta con diversos niveles de atención, por lo que la mayor parte de las pacientes que acuden a esta unidad de salud son de área urbana (Managua) y con respecto a las pacientes de áreas rurales se cuenta ya con unidades de atención y personal capacitado (Ginecólogo) para la resolución de este problema por lo que estas pacientes no acuden a esta unidad.

Según la escolaridad del total de pacientes hay predominio en educación secundaria con un 40.3 % (21), seguida de educación primaria 25% (13), posteriormente el 17.3 % (9) con educación universitaria y en menor proporción pacientes con un estudio técnico y pacientes alfabetizadas, con el 13.4 % (7) y 3.8 % (2) respectivamente; no se encontraron pacientes analfabetas. Por lo antes descrito, se afirma que del total de las pacientes en estudio su nivel académico es alto debido a que las edades en las que predomina esta patología son entre los 20-34 años.

Objetivo no. 2 Características gineco-obstetricas de las pacientes muestreadas.

De las pacientes en estudio, el 46.1% (24) corresponde a pacientes bigesta, seguidas de las pacientes primigesta con el 17.3% (9), el 21.1% (11) pacientes granmultigesta, culminando con el 15.3% (8) para las pacientes multigesta. El comportamiento del embarazo ectópico según una revista cubana publicada en 2017 describe que el embarazo ectópico según la paridad predomina en las pacientes Bigesta con un 61.4%, las pacientes primigesta con 18.6% y las pacientes múltiparas 5.7%. Según nuestra normativa 109 el embarazo ectópico se presenta con mayor frecuencia en las mujeres múltiparas que en las primíparas.

En relación al número de abortos se evidencia que el grupo que predomina es aquella que no ha tenido ningún evento de este tipo con 29 pacientes (55.7%), pero también evidenciamos que hay 28.8% (15) pacientes que presentaron aborto y actualmente presentaron un embarazo ectópico, de igual forma aquellas que tuvieron igual o mayor a dos abortos se obtuvo un 15.3 % (8). Se hace mención de esto ya que dentro de los factores de riesgo para presentar embarazo ectópico se encuentran: operaciones previas, estados de infertilidad y procedimientos de reproducción asistida, acodadura o desviaciones del trayecto tubárico y causas ovulares.

Con respecto a aquellas pacientes que presentaron embarazo ectópico según la realización de cesáreas, la mayoría de estas pacientes no se habían realizado un procedimiento como este 55.7% (41), 15.3% (8) pacientes con antecedente de 1 cesárea, 5.7% (3) paciente con antecedente de 2 cesáreas previas y 0% paciente con antecedente de 3 cesáreas. Según estudio realizado en Cuba se encuentra dentro de las características ginecológicas que predomina esta patología en pacientes con EPI con el 31.4%, segundo lugar cirugía abdominal con 14.3%, 11.4% Uso de DIU y 10% en aquellas pacientes con embarazo ectópico previo. Al igual que en nuestra normativa se contempla que hay múltiples factores de riesgos ginecológico para presentar un evento de este tipo.

Según las semanas de gestación con las que acuden las pacientes a la unidad de salud encontramos que el mayor grupo de estas es entre las 5-9 6/7 semanas de

gestación con el 92.3% (48), 5.7 % (3) pacientes con 5 semanas de gestación, 1.9%(1) pacientes con embarazo entre 10 y 14 6/7 semanas de gestación, y 0% para las pacientes con más de 15 semanas de gestación. Ya que la mayoría de los embarazos ectópicos no llegan a finalizar el embarazo y ponen en riesgo la vida de las pacientes debido a la hemorragia masiva, el reto para los expertos es el diagnóstico temprano y manejo oportuno.

Al contrastar estos datos con el número de controles prenatales que las pacientes tenían al momento del estudio se evidenció que un 92.3% (48) para las mujeres sin ningún control prenatal previo, el 7.6 % (4) para aquellas pacientes ya ingresadas en su 1er cpn, y el 0 % para aquellas sin 2do y 3er cpn previo respectivamente, cabe señalar que hay debilidades en el nivel primario de atención ya que podemos percibir que la inmensa mayoría de estas no se habían realizado su respectivo control prenatal, no logrando el cumplimiento de captación precoz.

Objetivo no. 3 *Criterios diagnósticos para el abordaje del Embarazo Ectópico.*

Manifestaciones clínicas en el embarazo ectópico no roto.

Del total de las pacientes en estudio, 18 (34.6%) de estas presentaron Embarazo Ectópico No Roto, en donde se encontró que de todas las manifestaciones clínicas que se describen en el protocolo de abordaje del mismo, Amenorrea y cavidad uterina vacía por ultrasonido cumplen con el 100% (18) respectivamente, manchado o sangrado transvaginal irregular y de igual forma el dolor abdominal y pélvico intermitente con el 83.3 % (15), igualmente sangrado transvaginal con el 83.3 % (15), reblandecimiento del cuello y cuerpo uterino e hipersensibilidad anexial con el 77.7 % (14), las pacientes que presentaron congestión de mamas, mayor frecuencia urinaria y masa anexial comparten el 72.2 % (13), ligero aumento del volumen uterino con el 61.1 % (11) finalmente pigmentación azulada de vagina y de cuello uterino con el 11.1 % (2). Al comparar con el estudio realizado en Cuba podemos decir que los criterios clínicos para el diagnóstico de esta patología se presenta de la siguiente manera:

amenorrea 33.6%, sangrado genital 27.1% y dolor en bajo vientre con 44.3% y masa anexial en un 9.3%. Según nuestra normativa la triada diagnóstica se presenta en el 45% de las pacientes con dicho diagnóstico.

Manifestaciones clínicas en el embarazo ectópico roto

El otro grupo lo constituyen las pacientes con embarazo ectópico roto con una cantidad de 34 pacientes (65.3%), en donde se encontró el 100 % (34) en las que se señala la semana de Amenorrea, pacientes con fondo de saco posterior doloroso y dolor al movilizar el cuello y el útero con un 91.1 % (31), síntomas de embarazo inicial en un 85.2% (29), distensión abdominal y rebote con el 82.3 % (28), aquellas pacientes que presentaron sangre libre en cavidad abdominal representan el 79.4 % (27), las pacientes con dolor abdominal y pélvico agudo intenso y del mismo modo Sangrado transvaginal escaso constituyen el 76.4 % (26), Masa anexial un 73.5 % (25), Palidez correspondiente al 35.2% (12), pulso rápido y débil un 23.5 % (8), colapso y debilidad con el 5.8 % (2), únicamente en 2.94 % (1) describe dolor en hombro, finalizando Hipovolemia, Hipotensión, Schok con el 0% (0). En el estudio realizado en Cuba señalan que según las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico se presenta de la siguiente manera: Lipotimia 10.7%, Palidez Mucocutánea 17.1%, Astenia 6.4%, Dolor Bajo vientre 44.3% y otras en 3.6%, más las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico no roto y según la normativa 109 la triada diagnóstica no se cumple en el 100% de las pacientes que son diagnosticadas con embarazo ectópico.

Del mismo modo, de acuerdo a la Ecografía, se obtuvo que líquido en el espacio de Douglas representa el 48% (25), presencia del signo del “doble halo” en la trompa y visualización de un saco gestacional fuera del útero con el 19.3 % (10), de un útero vacío el 5.7 % (3), presencia de un seudosaco intraútero y Doppler color positivo en los dos casos anteriores el 3.8 % (2). En donde, acorde a la normativa 109 la visualización de un saco gestacional fuera del útero es el único diagnóstico de certeza exclusivamente ecográfico y de acuerdo a resultados obtenidos en menor proporción se cumple dicho acápite de la normativa.

Igualmente, como medio diagnóstico los exámenes de laboratorio, se obtuvo que solo al 1.9 % (1) de la población fue indicada tal prueba que corresponde a la concentración de HCG. En dichos resultados se hace mención que prueba no fue realizada sino simplemente indicada en expediente clínico a pesar de que junto con la ecografía transvaginal representan las pruebas más eficientes de diagnóstico para embarazo ectópico según normativa 109 de complicaciones obstétricas.

Objetivo no. 4 *Cumplimiento de los criterios terapéuticos de tal patología.*

Manejo de pacientes con Embarazo Ectópico No Roto.

Según el manejo de pacientes con embarazo ectópico no roto que equivale al 34.6% (18) de la población, se observó que al 100 % (18) se le enviaron sus exámenes Complementarios, Ultrasonido y tuvieron un Manejo Quirúrgico, el 83.3 % (15) de las pacientes fueron canalizadas, el 0 % (0) corresponden tanto a las pacientes con Manejo Expectante y Manejo con Metotrexate. Podemos decir que dentro de las actividades que se deben realizar al 100% en el manejo de pacientes con embarazo ectópico no se logran cumplir actividades normadas ya que la debilidad encontrada es que no se canalizan algunas pacientes.

Manejo de pacientes con Embarazo Ectópico Roto.

De igual forma, se revisó el manejo de las pacientes con embarazo ectópico roto, equivalente a un 65.4% (34) de la población, se observó que al 100 % (34) de las pacientes se canalizó con bránula N°16 o de mayor calibre, se administró Solución Salina Norma 10.9% 1000 ml o Lactato de Ringer a goteo rápido y se estabilizaron hemodinámicamente, al 97% (33) se le colocó sonda vesical Foley No 18 para cuantificar la diuresis, el 94.1% (32) de estas pacientes fueron intervenidas de forma inmediata y solo al 76.4 % (26) se evidencia la toma de signos vitales cada 15 minutos. Al igual que en el embarazo ectópico no roto se evidencia el no cumplimiento a las actividades que debemos realizar de acuerdo a la normativa y se ve reflejado la falta

de vigilancia. Según nuestra normativa, esta complicación debe abordarse de forma temprana a fin de evitar la muerte de la mujer afectada, ya que actualmente se acepta que en todo el mundo ha ocurrido un aumento de la incidencia de esta.

Cruce de variables

En relación, a edad y número de gestas, las pacientes con edades entre los 10 a 14 años y antecedentes de gestación se obtuvo el 0 %, las edades comprendidas entre los 15 a 19 años y bigesta con el 33.3 % (8), así mismo las mujeres entre las edades de 20 a 34 años siendo en su mayoría primigesta con el 66.6 % (6), y por consiguiente las pacientes entre las edades mayores o igual a 35 años y antecedente de multigesta con el 75 % (6). En tales resultados, se enfatiza la relación existente entre los factores de riesgo de edad y antecedentes obstétricos para embarazo ectópico.

Por consiguiente, el resultado entre la relación con el lugar de procedencia y número de gesta, fue de la siguiente manera: del área rural ya sea bigesta o granmultigesta se obtuvo el 33.3 % (5), y del área urbana y bigesta con el 51.3 % (19). En los cuales se hace mención más a un aspecto social que tiene una paciente proveniente del área urbana o rural.

Cumplimiento en la aplicación de la normativa para el abordaje del embarazo ectópico

Al total de pacientes en estudio con el 78.8 % (41) se les aplicó la normativa al 100%, pero al 21.2 % (11) de las pacientes no se logró cumplir con la aplicación de normativa para el abordaje del embarazo ectópico, a pesar de no aplicar normativa correctamente ninguna de las pacientes sufrió una evolución que haya llevado a la pérdida de su vida.

X. CONCLUSIONES

1. En relación a los datos generales del grupo de mujeres en estudio, se caracterizaron en su mayoría del grupo etario de 20-34 años, de predominio urbano, nivel de escolaridad secundaria y con unión Acompañada.
2. En relación a los datos Gineco-obstétricos las mujeres en estudio se caracterizaron por ser Bigesta, sin antecedentes de intervenciones quirúrgicas, con edad gestacional entre 5-10 semanas y sin controles prenatales.
3. En relación a los criterios diagnósticos el 100% fueron bien clasificadas como embarazo ectópico roto y no roto, con realización de exámenes y ultrasonido.
4. Dentro del manejo terapéutico el 100% de las pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente en el momento oportuno.
5. Posteriormente al análisis realizado en cada uno de los expedientes al comparar con cada una de las actividades normadas solo el 78.8 % (41) de los expedientes logran cumplir con los estándares de calidad de atención.

XI. RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Ministerio de Salud, mantener campañas educativas de forma permanente a través de la televisión, radio, entre otros medios de información para poder llegar a la población, y enfatizar la importancia de la realización de controles prenatales logrando de esta forma identificar factores de riesgo en el momento oportuno y evitar de esta manera complicaciones maternas.
2. A las autoridades de los centros y puestos de salud, continuar con el trabajo de terreno en conjunto con la red comunitaria para lograr la identificación de todas aquellas embarazadas y ser referidas a una unidad de salud para la realización de su respectivo control prenatal y poder considerar de forma inmediata los factores de riesgo y tratarla oportunamente, evitando las complicaciones materno fetales.
3. A las autoridades de la unidad de salud hospitalaria en conjunto con los jefes de servicio, establecer una forma de supervisión y vigilancia acerca del cumplimiento de las normas y protocolos del manejo del embarazo ectópico.
4. A los jefes de servicio, establecer un mecanismo de vigilancia estricta por medio de ciclos regidos en el cumplimiento de aquellos acápite del protocolo que no se están cumpliendo, los que permiten considerar un cumplimiento no satisfactorio del protocolo de embarazo ectópico, con el propósito de disminuir el riesgo materno.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP) ALSO complicaciones del embarazo en el primer trimestre pag 11-33.
- Bajo Arenas Ultrasonografía obstétrica 65.
- Cano López LML, Vital-Reyes VS, Alvarado-Cabrero I, Ferreira-Rios A, Hinojosa-Cruz JC. Esterilidad Primaria y embarazo cervical: a propósito de un caso. *Gineco-obstetricia Mex* 2002; 70:451-455.
- Carson S. Buster J. Ectopic pregnancy. *New Engl J Med* 1993; 329 (16): 1174-1179
- Christian Rivera, C. P. (2020). Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 12.
- Danforth, Manual de obstetricia y Ginecología. Por James R Scott, MD, et al 1997. México d.C.
- DIAGNOSTICO y tratamiento del embarazo tubárico México: Secretaria de salud; 2015. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.htm>.
- elsevier. (2017). Embarazo ectópico. *elsevier*, 9.
- Hernández, A. E. (2011). Manejo del Embarazo Ectópico: estudio comparativo entre el Centro Médico Universitario de Utrecht (Utrecht-Holanda) y el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello(León- Nicaragua). 55.
- Hilda calderon, M. z. (2017). *embarazo ectopico en primigestas atendidas en la emergencia obstetrica del Hospital Aleman Nicaraguente Junio 2013 a junio 2016*. Managua.
- Huixian Hu Liang, J. S. (2018). Embarazoectópico:enelmanejomédico. *medigraphic*, 9.
- Liang, H. H. (2018). Embarazo ectopico. *revista clinica HSID*, 28-29.
- MINSA, Protocolo para la atención obstétrica y pediátrica (Dirigido al personal médico) Dirección de atención Integral a la Mujer la Niñez y Adolescencia, Marzo 2001.
- Ministerio de Salud, Perú. Guía de atención de emergencias obstétricas. Tercera edición septiembre de 2004. Ayacucho, Perú.
- Msc. Carlos Moya Toneut, M. F. (2017). Comportamineto del embarzo ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 13.
- MSc. Margarita Altunaga Palacio, I. D. (2014). Manejo del Embarazo Ectopico. *scielo*, 11.

- Nacional, N. G. (2018). Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas. (Actualización). *Ministerio de Salud*, 489.
- Novoa, H. E. (2016). Nivel de cumplimiento en la aplicación del protocolo en el abordaje de embarazo ectópico en mujeres atendidas en el servicio de Complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre del 2015. 53.
- Obstetricia. Schwarcz Ricardo, Duverges Carlos et al, El Ateneo, 5ta edición 2003, Uruguay. P 621.
- Palacios, L. P. (2013). Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del hospital provincial docente ambato periodo julio 2011 - julio 2012.
- Salud, M. d. (2013). Normativas 109, Protocolo para las complicaciones obstetricas. 296.
- Stovall TG, L. F. (2017). Embarazo ectópico. *Prog Obstet Ginecol.*, 9.
- Torres, M. (2016). Factores de riesgo que prevalecieron en la aparición del embarazo ectópico, en el hospital Universitario Ginecoobstetricia Eusebio Hernandez en el periodo comprendido enero 2013 a diciembre 2016. 56.
- Tratado de Ginecología Novak. D Jonathan S. Berek, Eli Y, Adashi y Paula A. Hillard. Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A de C.V 1998. México.

XIII. ANEXOS

Tabla no. 1 Edad de pacientes hospitalizadas con embarazo ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10-14 años	0	0%
15-19 años	9	17.3%
20-34 años	24	46.1%
≥35 años	19	36.5%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información

Tabla no. 2 Procedencia de pacientes hospitalizadas con embarazo ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	15	28.8%
Urbano	37	71.1%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información

Tabla no. 3 Escolaridad de pacientes hospitalizadas con embarazo ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	0	0%
Alfabetizada	2	3.8%
Primaria	13	25%
Secundaria	21	40.3%
Técnico	7	13.4%
Universitaria	9	17.3%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información

Tabla no. 4 Estado civil de pacientes hospitalizadas con embarazo ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	15	28.8%
Acompañada	22	42.3%
Casada	14	26.9%
Viuda	0	0%
Divorciada	1	1.9%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información

Tabla no. 5 Número de gesta en pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Número de gesta	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	9	17.3%
Bigesta	24	46.1%
Multigesta	8	15.3%
Granmultigesta	11	21.1%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información.

Tabla no. 6 Número de aborto en pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Número de aborto	Frecuencia	Porcentaje
0	29	55.7%
1	15	28.8%
Mayor o igual a 2	8	15.3%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información.

Tabla no. 7 Número de cesárea en pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Número de cesárea	Frecuencia	Porcentaje
0	41	78.8%
1	8	15.3%
2	3	5.7%
3	0	0%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información.

Tabla no. 8 Semanas de gestación en pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Semanas de gestación	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 5 SG	3	5.7%
5 - 9 6/7 SG	48	92.3%
10 - 14 6/7 SG	1	1.9%
Mayor de 15 SG	0	0%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información.

Tabla no. 9 Número de controles en pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Número de CPN	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	48	92.3%
1	4	7.6%
2	0	0%
3	0	0%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información.

Tabla no. 10 Manifestaciones clínicas en pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	Porcentaje
Manifestaciones Clínicas Embarazo Ectópico No Roto	18	34.6 %
Amenorrea	18	100%
Manchado o sangrado transvaginal irregular	15	83.3%
Congestión de mamas	13	72.2%
Pigmentación azulada de vagina y de cuello uterino	2	11.1%
Ligero aumento del volumen uterino	11	61.1%
Mayor frecuencia urinaria	13	72.2%
Dolor abdominal y pélvico intermitente	15	83.3%
Sangrado transvaginal	15	83.3%
Reblandecimiento del cuello y cuerpo uterino	14	77.7%
Hipersensibilidad anexial	14	77.7%
Masa anexial	13	72.2%
Cavidad uterina vacía por ultrasonido	18	100%

Manifestaciones Clínicas Embarazo Ectópico Roto	34	65.3 %
Amenorrea	34	100%
Síntomas de embarazo inicial	29	85.2%
Colapso y debilidad	2	5.8%
Pulso rápido y débil	8	23.5%
Hipovolemia, Hipotensión, Schok	0	0%
Palidez	12	35.2%
Dolor abdominal y pélvico agudo intenso	26	76.4%
Distensión abdominal y rebote	28	82.3%
Sangrado transvaginal escaso	26	76.4%
Dolor al movilizar el cuello y el útero	31	91.1%
Masa anexial	25	73.5%
Sangre libre en cavidad abdominal	27	79.4%
Fondo de saco posterior es muy doloroso	31	91.1%
Dolor en el hombro	1	2.94%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información.

Tabla no. 11 Datos ecográficos en pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Ecografía	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de un útero vacío	3	5.7%
Presencia de un seudোসaco intraútero.	2	3.8%
Signo del «doble halo» en la trompa	10	19.3%
Visualización de un saco gestacional fuera del útero	10	19.3%
Doppler color positivo en los dos casos anteriores	2	3.8%
Líquido en el espacio de Douglas.	25	48%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información

Tabla no. 12 Indicación de exámenes de laboratorio en pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Exámenes de laboratorio	Frecuencia	Porcentaje
Indicada Concentración de HCG	1	1.9%
No indicada Concentración de HCG	0	0%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información

Tabla no. 13 Criterios terapéuticos en pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Criterios Terapéuticos	Frecuencia	Porcentaje
Embarazo Ectópico No Roto	18	34.6 %
Canalizar con bránula no. 16	15	83.3%
Exámenes Complementarios	18	100%
Ultrasonido	18	100%
Manejo Expectante	0	0%
Manejo con Metotrexate	0	0%
Manejo Quirúrgico	18	100%
Embarazo Ectópico Roto	34	65.3%
Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre	34	100%
Administrar Solución Salina Norma 10.9% 1000 ml o Lactato de Ringer a goteo rápido.	34	100%
Colocar sonda vesical Foley No 18 para cuantificar la diuresis	33	97%
Mejorar hemodinámicamente a la paciente antes de la intervención quirúrgica en los casos que sea posible	34	100%
Control de signos vitales cada 15 minutos	26	76.4%
En dependencia del estado hemodinámico y el estado general de la paciente administre paquete globular o Sangre previas pruebas de compatibilidad sanguínea	34	100%
Intervenga quirúrgicamente de inmediato ya que la hemorragia compromete la vida de la paciente.	32	94.1%
TOTAL	52	100%

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información.

Tabla no 14. Relación entre la edad y número de gesta, en pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Edad	Número de gesta								TOTAL
	Primigesta		Bigesta		Multigesta		Granmultigesta		
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	0
10-14 años	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
15-19 años	1	11.1%	8	33.3%	0	0%	0	0%	9
20-34 años	6	66.6%	7	29.1%	2	25%	9	81.8%	24
≥35 años	2	22.2%	9	0%	6	75%	2	18.1%	19
TOTAL	9	100%	24	100%	8	100%	11	100%	52

Fuente: Instrumento de Recolección de la Información

Tabla no 15. Relación entre lugar de procedencia y número de gesta, en pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.

Procedencia	Número de Gestas								TOTAL
	Primigesta		Bigesta		Multigesta		Granmultigesta		
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	0
Rural	2	13.3%	5	33.3%	3	20%	5	33.3%	15
Urbano	7	18.9%	19	51.3%	5	13.5%	6	16.2%	37
TOTAL	9	100%	24	100%	8	100%	11	100%	52

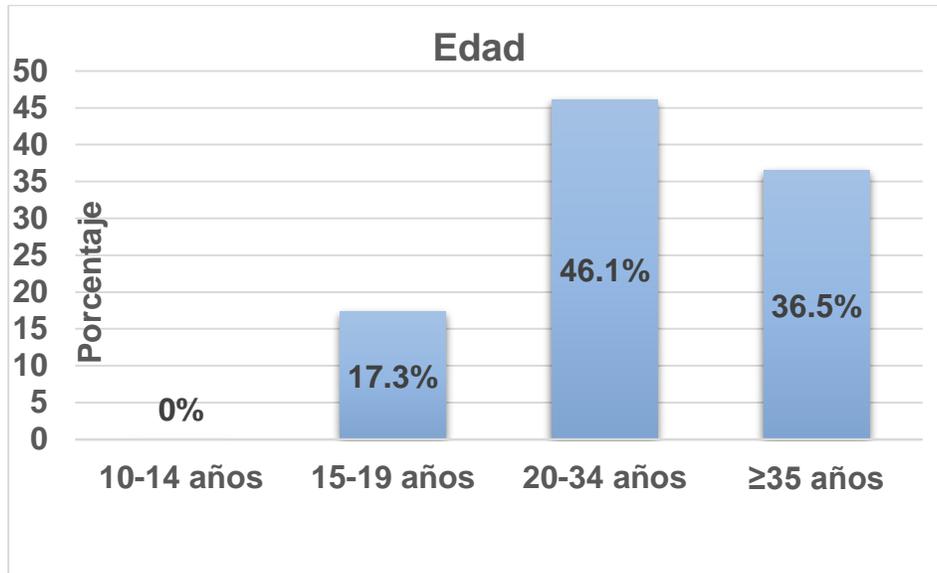
Fuente: Instrumento de Recolección de la Información.

Tabla No 16. Cumplimiento de la normativa en las pacientes con embarazo ectópico en estudio.

Cumplimiento	Frecuencia	Porcentaje
Cumple	41	78.8%
No Cumple	11	21.2%
Total	52	100 %

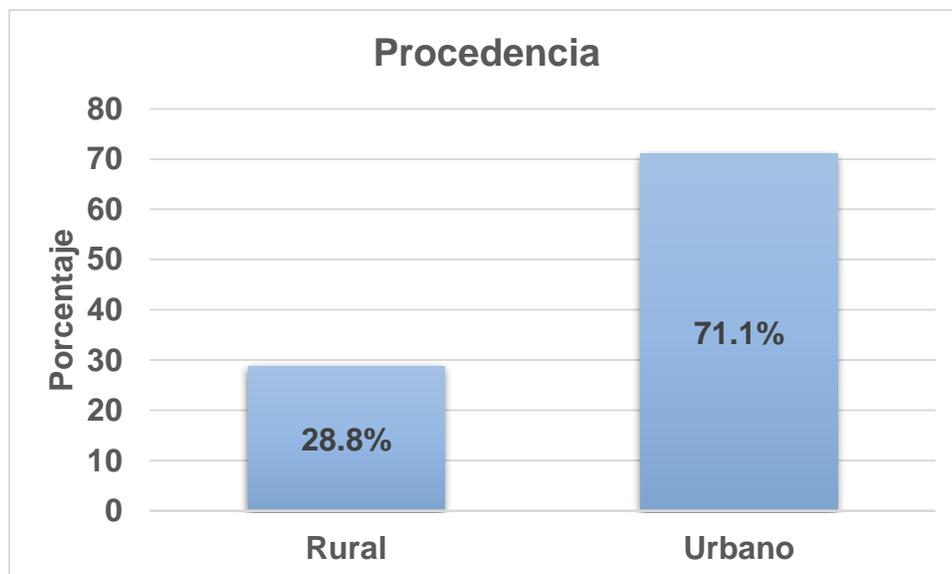
Fuente: Instrumento de Recolección de la Información.

Gráfico no 1. Edad de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.



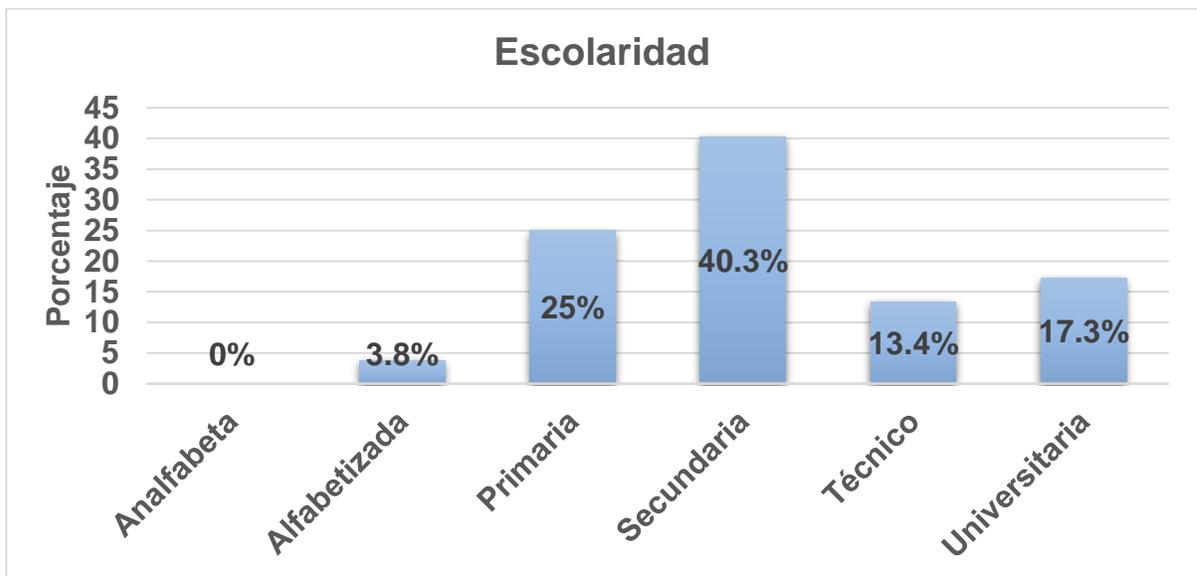
Fuente: Tabla no. 1

Gráfico no 2. Procedencia de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.



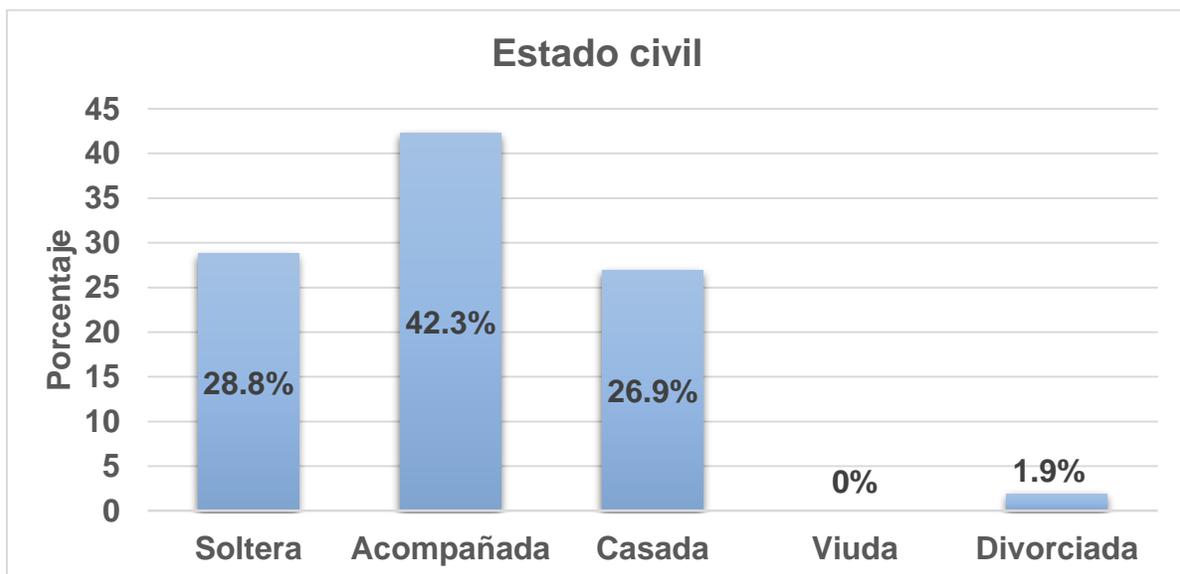
Fuente: Tabla no. 2

Gráfico no 3. Escolaridad de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.



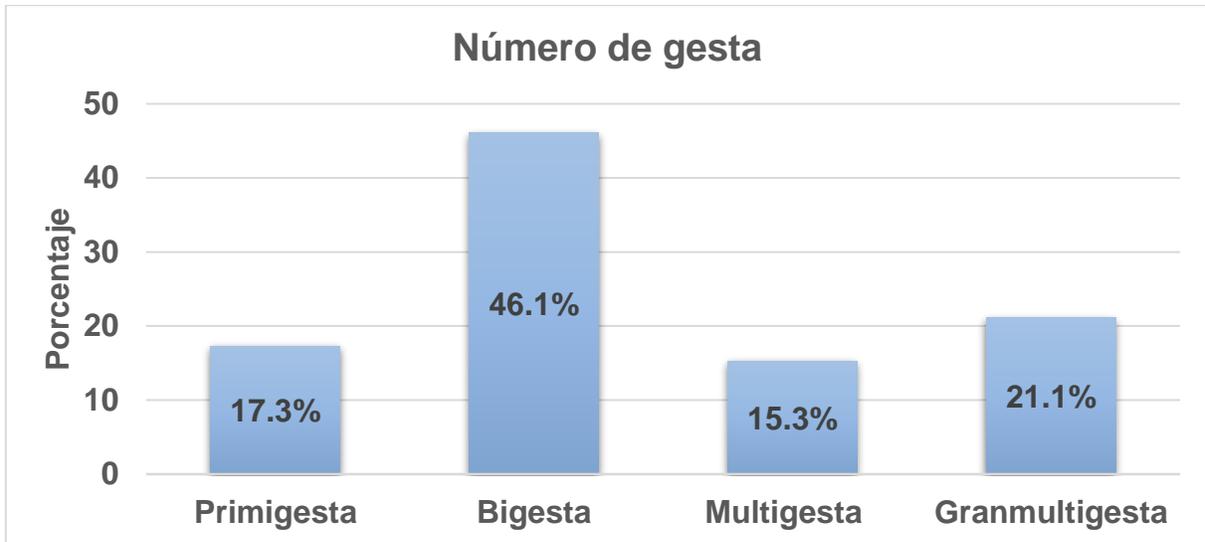
Fuente: Tabla no. 3

Gráfico no 4. Estado civil de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.



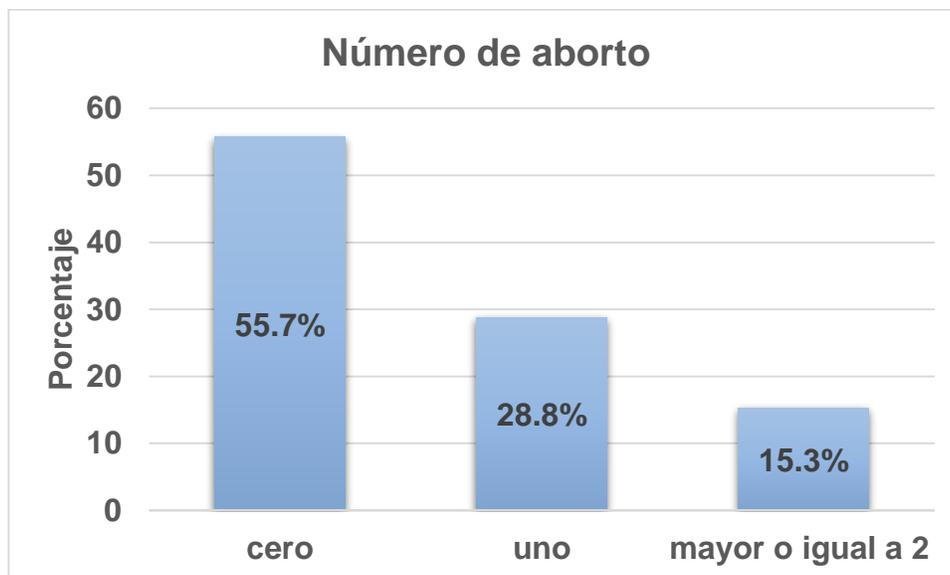
Fuente: Tabla no. 4

Gráfico no 5. Número de Gestas de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.



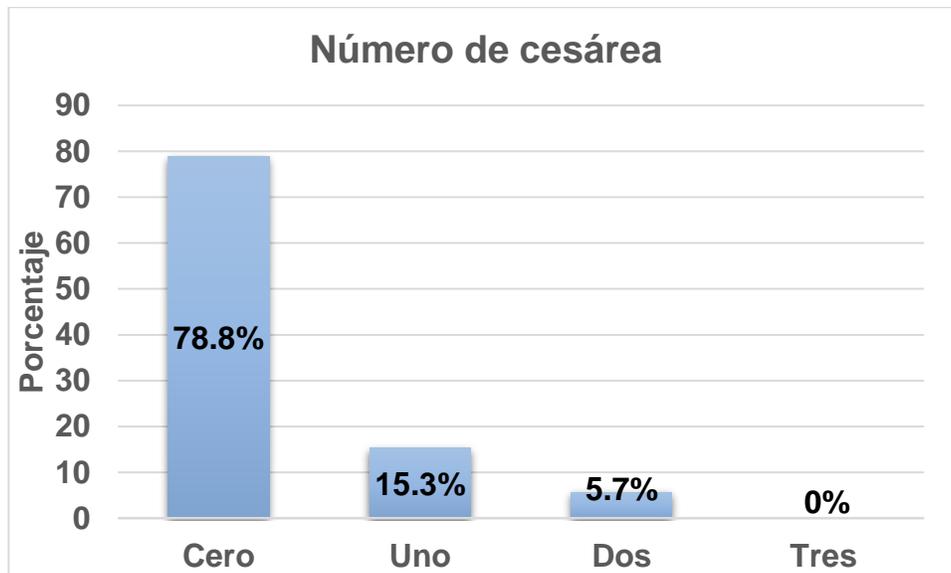
Fuente: Tabla no. 5

Gráfico no 6. Número de aborto de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.



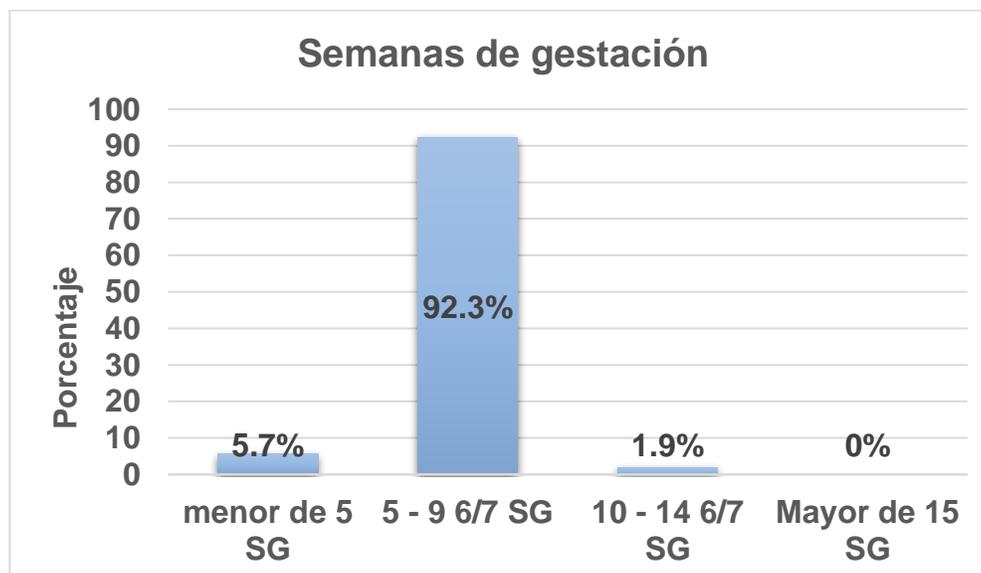
Fuente: Tabla no. 6

Gráfico no 7. Número de cesárea de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.



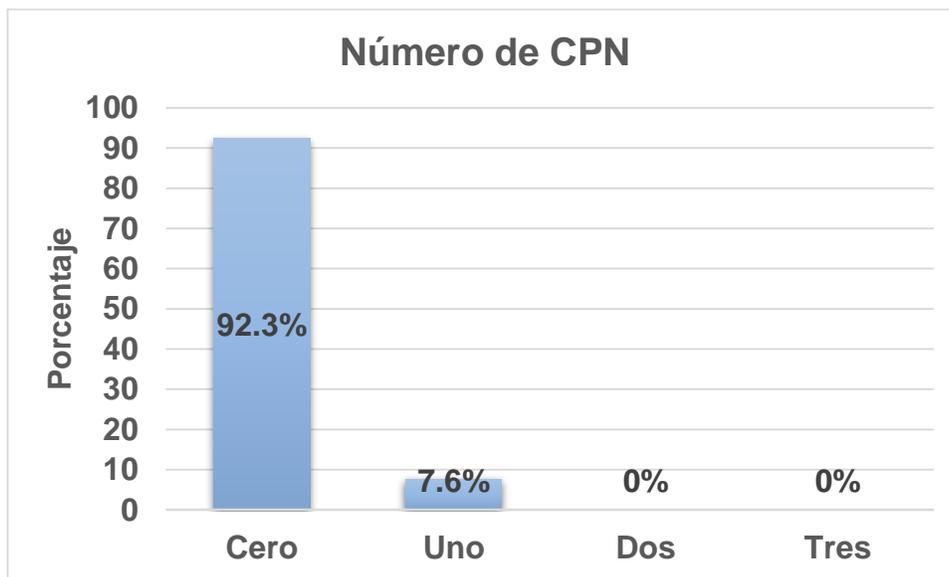
Fuente: Tabla no. 7

Gráfico no 8. Semanas de gestación de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.



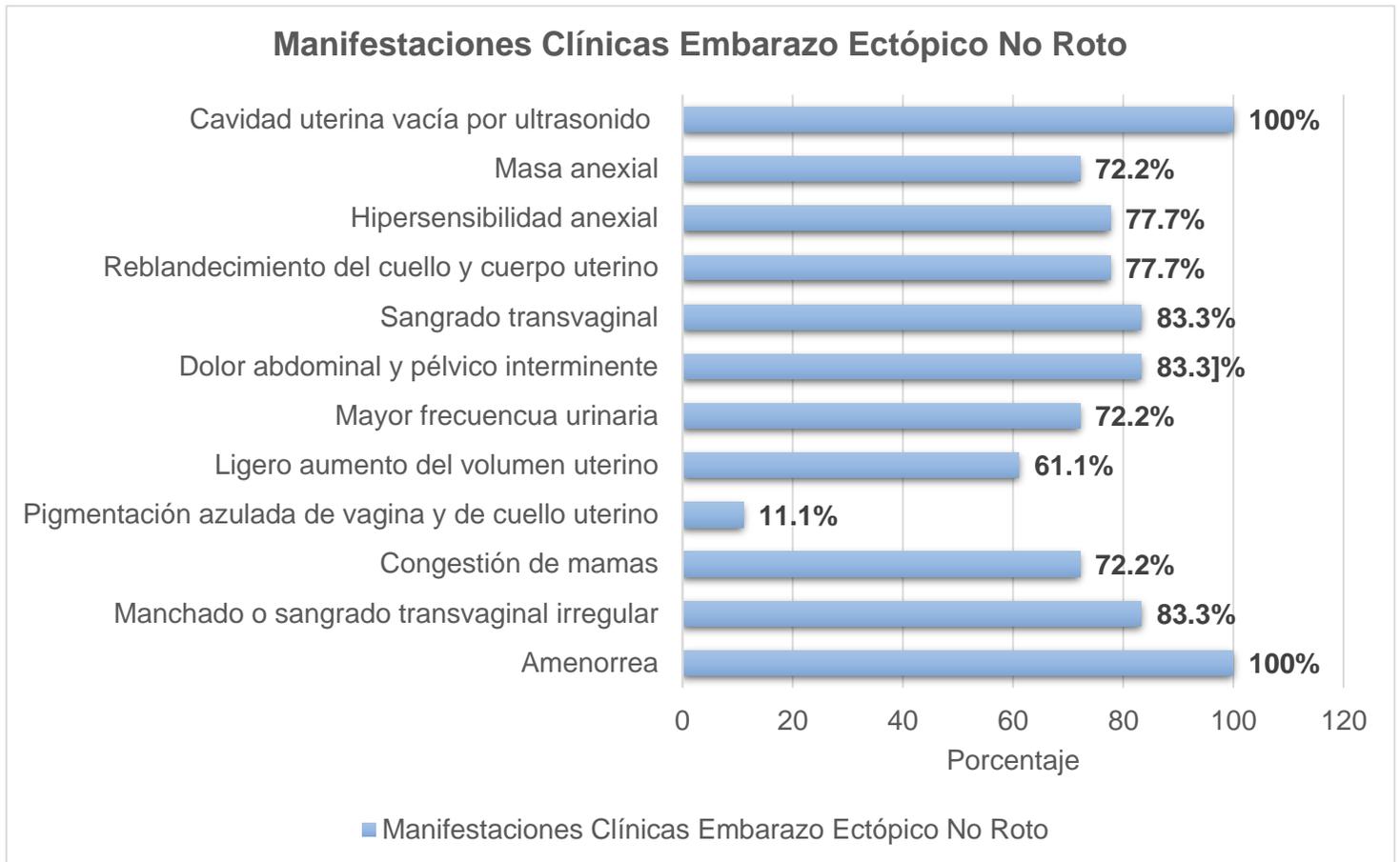
Fuente: Tabla no. 8

Gráfico no 9. Número de CPN de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.



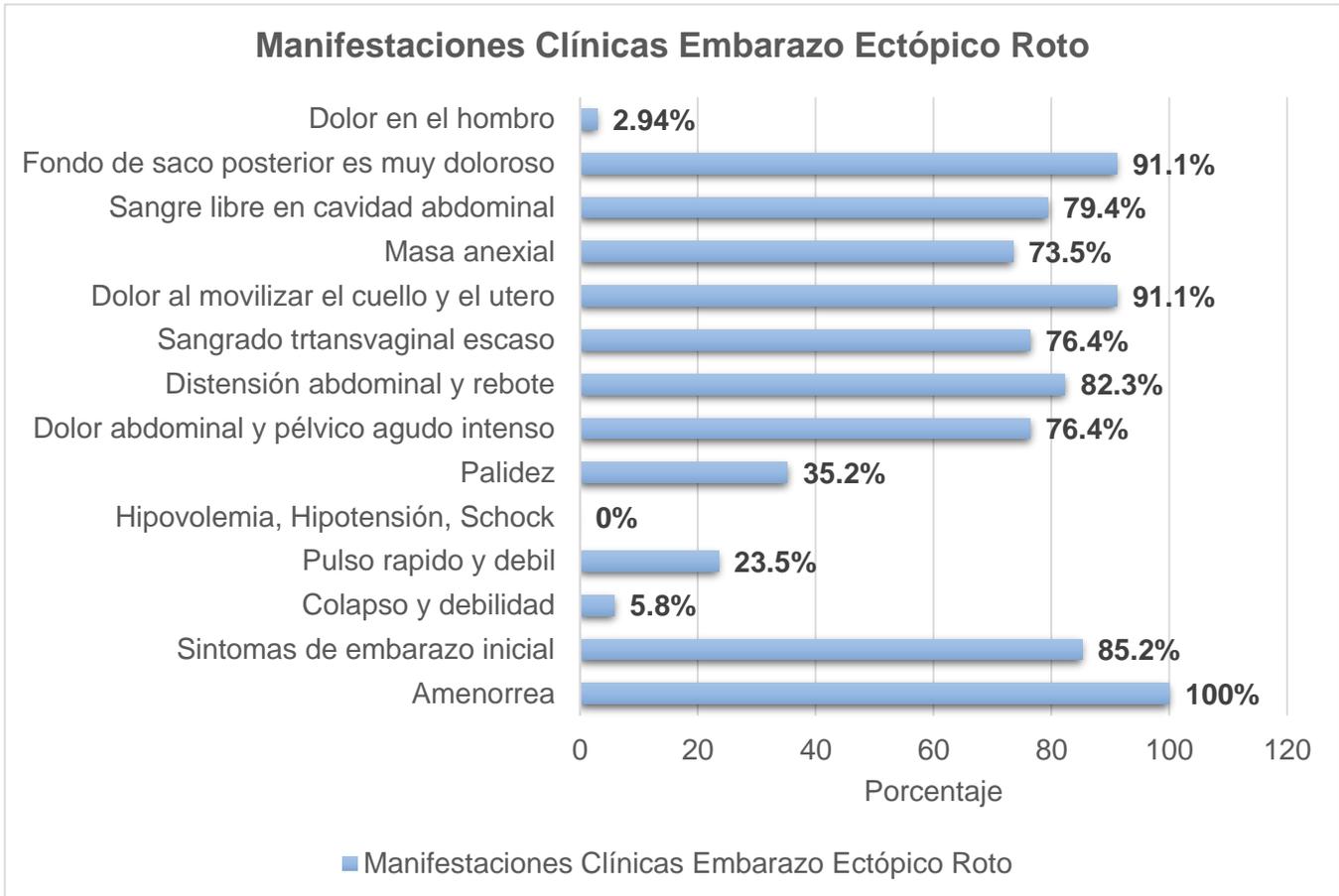
Fuente: Tabla no. 9

Gráfico no 10. Manifestaciones Clínicas de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico No Roto atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.



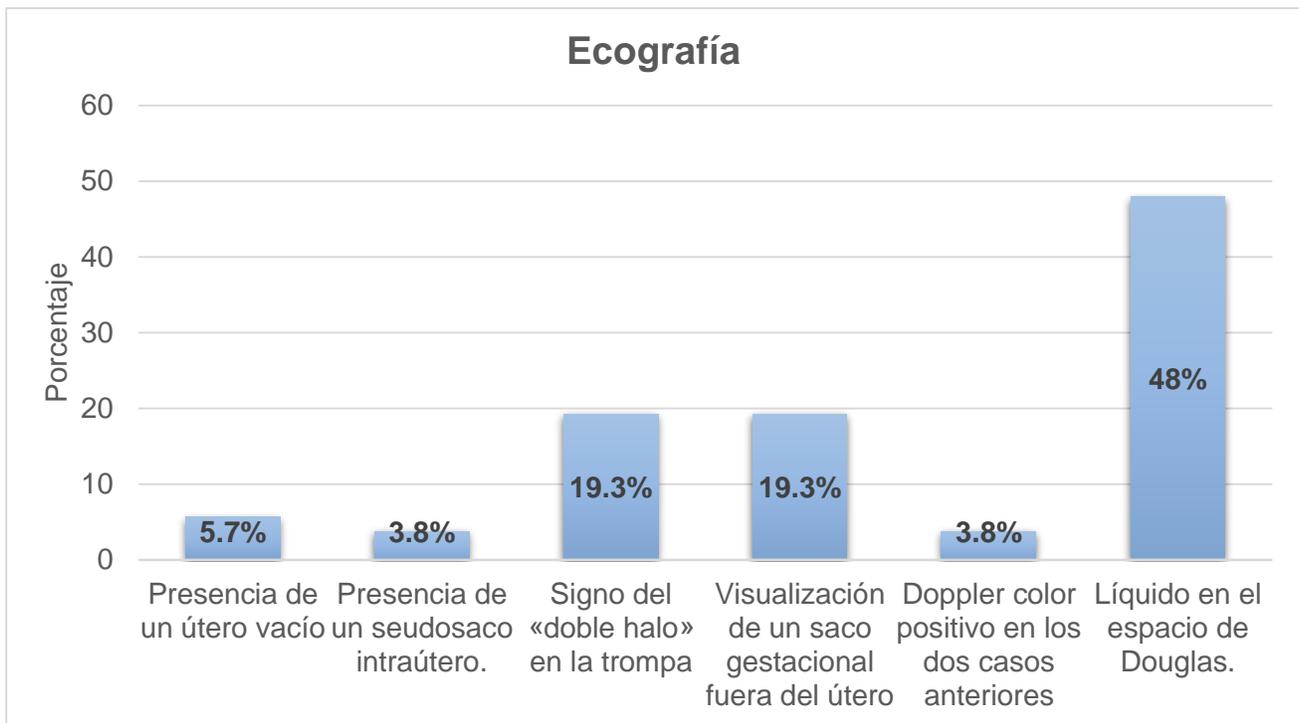
Fuente: Tabla no. 10

Gráfico no 11. Manifestaciones Clínicas de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico Roto atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.



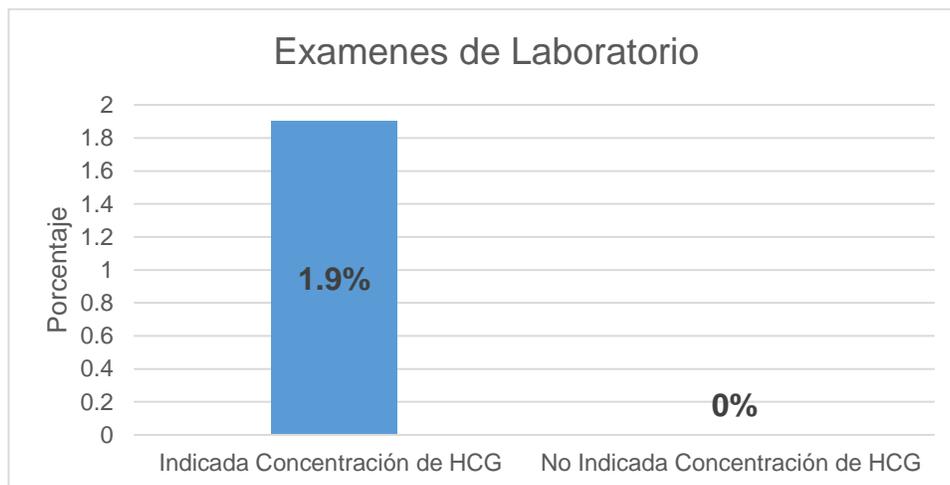
Fuente: Tabla no. 10

Gráfico no 12. Datos ecográficos de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020.



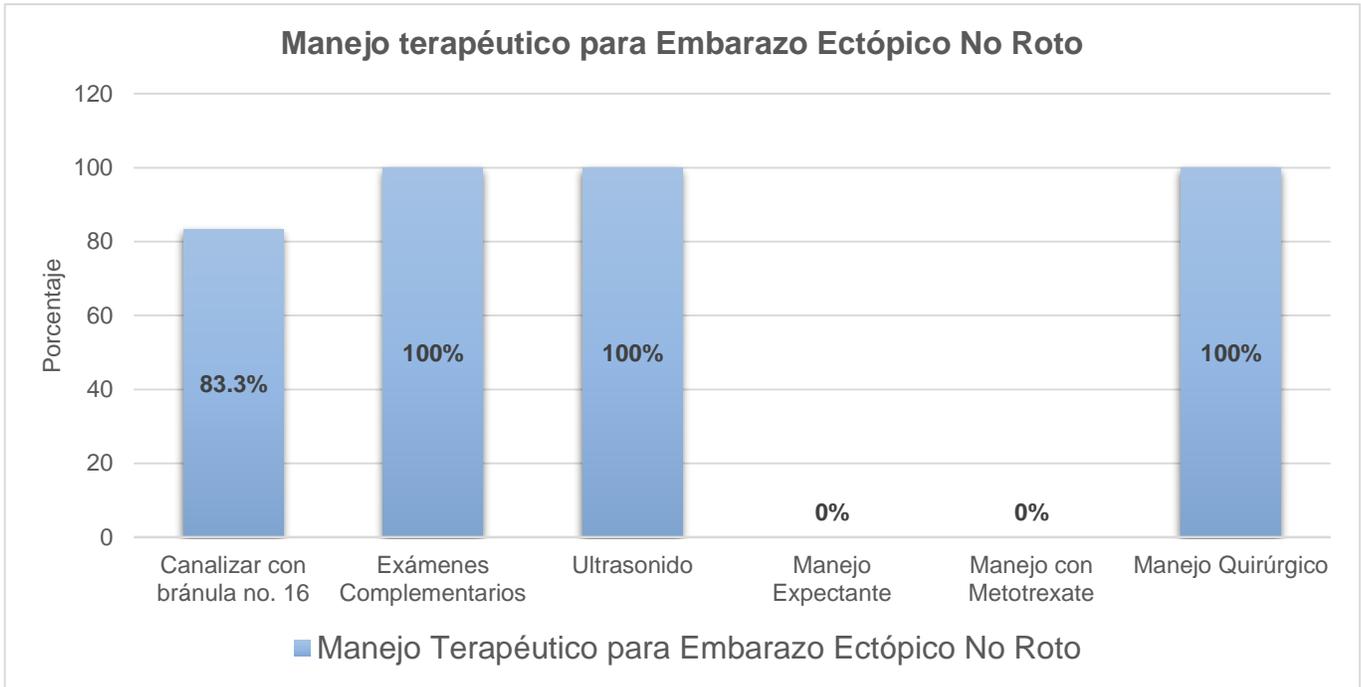
Fuente: Tabla no. 11

Gráfico no 13. Exámenes de Laboratorio de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020



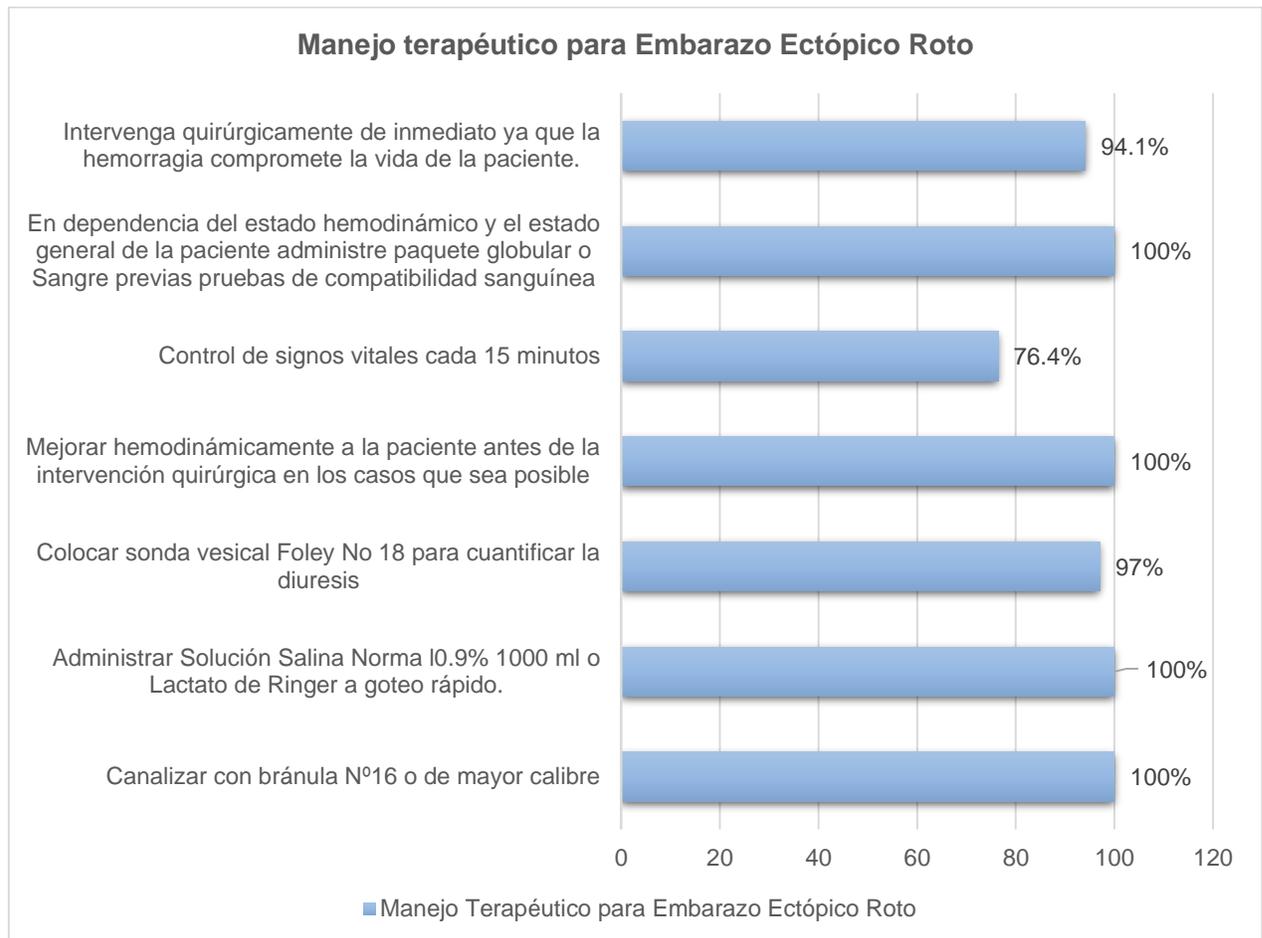
Fuente: Tabla no. 12

Gráfico no 14. Criterios terapéuticos de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico No Roto atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020



Fuente: Tabla no. 13

Gráfico no 15. Criterios terapéuticos de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico Roto atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020



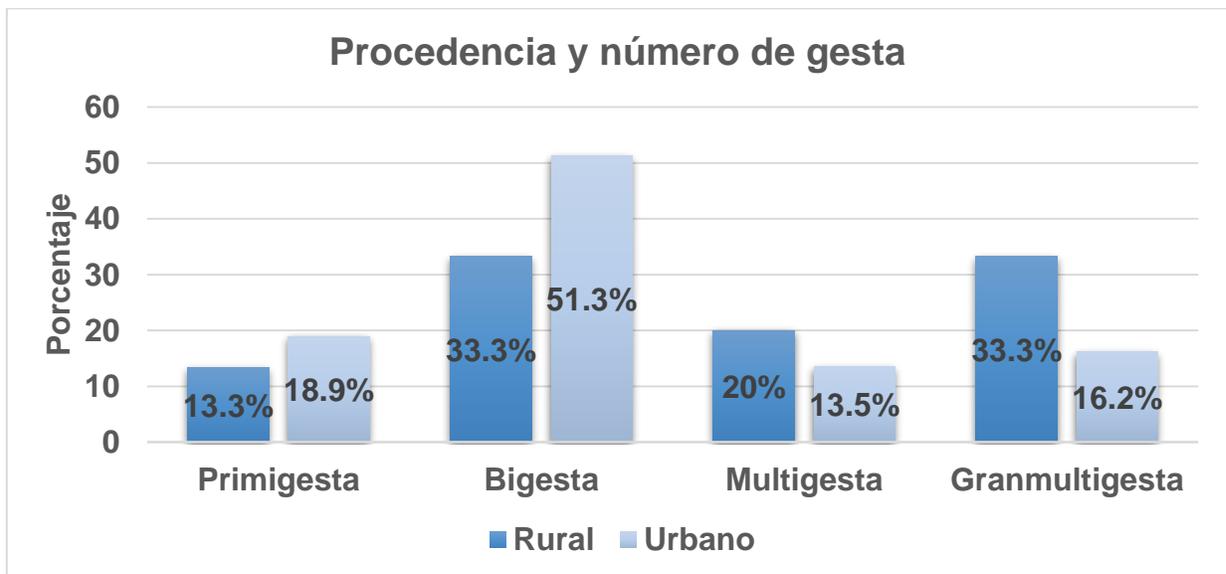
Fuente: Tabla no. 13

Gráfico no 14. Relación entre la edad y número de gesta de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020



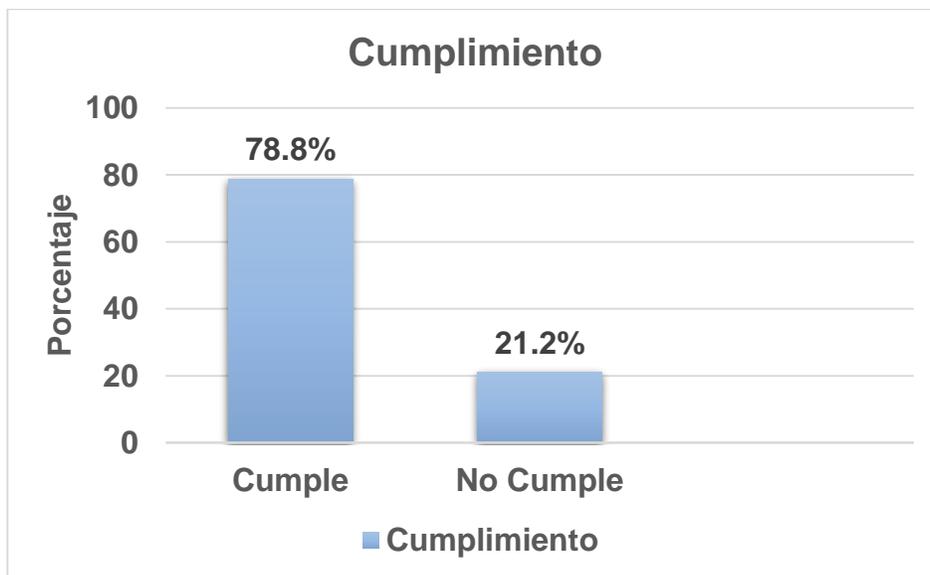
Fuente: Tabla no. 14

Gráfico no 15. Relación entre lugar de procedencia y número de gesta de pacientes hospitalizadas con Embarazo Ectópico atendidas en el servicio de Complicaciones I, del Hospital Bertha Calderón Roque Enero – Diciembre, 2020



Fuente: Tabla no. 15

Gráfico No 16. Cumplimiento de la normativa en las pacientes con embarazo ectópico en estudio.



Fuente: Tabla no. 16



Instrumento de recolección de la información

CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO EN EL ABORDAJE DE
EMBARAZO ECTÓPICO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA
CALDERÓN ROQUE ENERO – DICIEMBRE, 2020.

Ficha No _____

I. Datos Generales

1. Edad: ____ / ____ años
2. Procedencia: Urbano: ____ Rural: ____
3. Escolaridad: _____
4. Estado Civil: _____
5. Número de Gestas: ____ Paras: ____ Abortos: ____ Cesáreas: ____ Óbitos: ____
6. Semanas de Gestación: ____ / ____
7. Número de controles prenatales: _____

II. Criterios diagnósticos establecidos

a. Manifestaciones clínicas que demuestren: Embarazo ectópico no roto: ____

1. Amenorrea (generalmente de 5 semanas): ____
2. Síntomas de embarazo inicial: manchado o sangrado transvaginal irregular (oscuro en borra de café), náuseas, congestión de mamas, pigmentación azulada de vagina y de cuello uterino, ligero aumento del volumen uterino, mayor frecuencia urinaria: ____
3. Dolor abdominal y pélvico intermitente al inicio y luego intenso, sostenido y localizado en una fosa ilíaca: ____

4. Sangrado transvaginal: _____
5. Reblandecimiento del cuello y cuerpo uterino: _____
6. Hipersensibilidad anexial: _____
7. Masa anexial (por clínica o ultrasonido): _____
8. Cavidad uterina vacía por ultrasonido: _____

Embarazo Ectópico Roto: _____

1. Amenorrea (de 5 – 8 semanas): _____
2. Síntomas de embarazo inicial: _____
3. Colapso y debilidad: _____
4. Pulso rápido y débil (110 por minuto o más): _____
5. Hipovolemia, Hipotensión, Shock: _____
6. Palidez: _____
7. Dolor abdominal y pélvico agudo intenso sostenido y localizado en una fosa ilíaca, posteriormente se vuelve aún más intenso y se generaliza a todo el abdomen: _____
8. Distensión abdominal y rebote: _____
9. Sangrado transvaginal escaso: _____
10. Dolor al movilizar el cuello y el útero: _____
11. Masa anexial (por clínica o ultrasonido): _____
12. Sangre libre en cavidad abdominal por clínica y ultrasonido: _____
13. El fondo de saco posterior es muy doloroso de tal manera que la paciente huye al tacto vaginal: _____
14. Dolor en el hombro: _____

b. Ecografía:

1. Presencia de un útero vacío, especialmente si el endometrio es grueso: _____
2. Presencia de un seudosaco intraútero: _____
3. Signo del «doble halo» en la trompa: _____
4. Visualización de un saco gestacional fuera del útero: con presencia de vesícula vitelina e incluso, a veces, de embrión: _____
5. Doppler color positivo en los dos casos anteriores: _____
6. Líquido en el espacio de Douglas: _____

c. Laboratorio:

1. Concentración de HCG ligeramente menor al de un embarazo normal (1,000 a 2,000 UI): _____
2. Concentración de HCG mayores a 1800 UI: _____

III. Criterios Terapéuticos

Embarazo Ectópico No Roto:

1. Canalizar con bránula No 16: ____
2. Exámenes complementarios: ____
3. Ultrasonido: ____
4. Manejo Expectante: ____
5. Manejo con metotrexate: ____
6. Manejo Quirúrgico: ____

Embarazo Ectópico Roto

1. Canalizar con bránula Nº16 o de mayor calibre (una o dos bránulas en dependencia del estado hemodinámico): ____
2. Administrar Solución Salina Norma 0.9% 1000 ml o Lactato de Ringer a goteo rápido: ____
3. Colocar sonda vesical Foley No 18 para cuantificar la diuresis: ____
4. Mejorar hemodinámicamente a la paciente antes de la intervención quirúrgica en los casos que sea posible: ____
5. Control de signos vitales cada 15 minutos: ____
6. En dependencia del estado hemodinámico y el estado general de la paciente administre paquete globular o Sangre previas pruebas de compatibilidad sanguínea: ____
7. Intervenga quirúrgicamente de inmediato ya que la hemorragia compromete la vida de la paciente: ____