

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



TRABAJO MONOGRÁFICO

PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

TEMA: 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.

AUTORES:

BR. HATZEL ELIER ROBLES MALTÉZ

BR. ALEJANDRA DEL CARMEN GUERRERO NOVOA

TUTOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO:

MSC. MD JOSÉ DE LOS ÁNGELES MÉNDEZ

MANAGUA, NICARAGUA 2016

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 la patología Gineco-Obstetra en su mayoría esta protocolizados ósea 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.

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
IV. OBJETIVOS	6
4.1 Objetivo General	6
4.2 Objetivos específicos	6
V. MARCO TEÓRICO	7
Definición	7
Etiología	7
Clasificación	7
Por su comportamiento clínico:	7
Por su ubicación:	7
Factores de riesgo	8
Diagnóstico	8
Manifestaciones clínicas del embarazo ectópico roto y no roto.....	8
Historia clínica y examen físico:	9
Auxiliares Diagnósticos.....	10
Diagnóstico diferencial	11
Tratamiento, Manejos y Procedimientos:	12
Primer nivel de atención.....	12
Segundo nivel de atención.....	12
Complicaciones	16
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	18
6.1 Tipo de estudio	18
6.2 Lugar y periodo	18
6.3 Población en estudio	18
6.4 Muestra	18
6.5 Criterios de Inclusión	18
6.6 Criterios de Exclusión	18
6.7 Técnicas y procedimientos	18
6.8 Fuente de información	18

6.9 Técnica de recolección de la información	19
6.10 Análisis y tabulación	19
6.11 Consideraciones éticas	19
6.12 Variables:.....	20
6.13 Operacionalización de las variables	21
VII. RESULTADOS.....	23
VIII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	27
IX. CONCLUSIONES.....	33
X. RECOMENDACIONES.....	34
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	36
XII. ANEXOS	37

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico, del griego, ectos (fuera) y topos (lugar), fue descrito por primera vez por Albulcasis en 1863. Mauriceau en el siglo XVII lo incluyó en su texto como complicación obstétrica y, en 1883, Lauson Tait practicó la primera salpingectomía por embarazo ectópico con supervivencia de la madre. (Msc. Carlos Moya Toneut, 2013)

El embarazo ectópico es la implantación del producto de la concepción fuera de la cavidad endometrial. Un embarazo es eutópico o intrauterino cuando el huevo anida y se desarrolla en su lugar habitual, el endometrio de revestimiento de la cavidad uterina. La anidación en cualquier otro lugar es un embarazo ectópico. (Msc. Carlos Moya Toneut, 2013)

El embarazo ectópico es un evento que constituye una emergencia obstétrica dada la gravedad y el riesgo para la vida de la mujer por el sangrado intraabdominal que se presenta que no es cuantificable clínicamente. Los primeros signos y síntomas por los que la usuaria consulta son el dolor intenso y las manifestaciones de shock. (Salud, 2013)

Este hecho obliga a intervenir quirúrgicamente en el menor tiempo posible en una unidad que tenga capacidad para practicar laparotomía exploradora y transfusiones sanguíneas que permitan detener el sangrado, eliminar el aborto y estabilizar hemodinámicamente a la paciente antes de que se produzca fallecimiento o que deje secuelas a mediano o largo plazo secundarias a la magnitud de la pérdida sanguínea. (Salud, 2013)

La incidencia de esta afección se ha acrecentado, considerándose que en los últimos 20 años se ha incrementado su frecuencia alrededor de 6 veces, con leve tendencia a disminuir en algunos países en los cuales se han implementado medidas para impedir enfermedades de transmisión sexual, especialmente por Chlamydia Trachomatis, junto con un menor uso de dispositivos intrauterinos y un

aumento del consumo de anticonceptivos hormonales. (Msc. Carlos Moya Toneut, 2013)

Aunque la incidencia de esta afección se ha incrementado, la mortalidad ha disminuido, es el riesgo de muerte por embarazo ectópico en el momento actual de 1/1 000, comparado con el 3,5/1 000 en 1970. Estas cifras representan un incremento de 5 veces en comparación con las tasas de 1970. El embarazo ectópico supone el 8,3/1 000 embarazos en el Reino Unido y el 10,2/1 000 nacidos vivos en los Países Bajos. En Suecia esta tasa se incrementó de 5,8 a 11,1/1 000 embarazos en 15 años y en Gran Bretaña de 3,2 a 4,3/1 000 nacidos vivos y abortos terapéuticos. En Noruega la incidencia aumentó de 95/100 000 mujeres entre 1976-1981 a 154/100 000 mujeres de 1988-1993. El Centro Nacional de Estadísticas de Salud de Estados Unidos reportó, en 1988, que el embarazo ectópico constituyó el 15 % de todas las muertes maternas, la mayor parte de ellas debidas a rupturas tubáricas. (Msc. Carlos Moya Toneut, 2013)

En Cuba constituyó el 11,9 % del total de las muertes maternas directas entre 1985 y 1995, y en 1997 el 22,1 %. En el 2011 se reportó una tasa de mortalidad por esta causa de 3 x 100 000 nacidos vivos. (Msc. Carlos Moya Toneut, 2013)

En el Hospital Bertha Calderón Roque se reporta en el primer semestre que comprende de Enero a Junio de 2015 un total de 57 embarazos ectópicos y en el segundo semestre comprendido de julio a Diciembre un total de 37 embarazos ectópicos.

No se pretende crear limitaciones al conocimiento de cada facultativo, sino orientar al proceder de este, basado en la mejor práctica de la intervención. El cumplimiento de esta es de obligatoriedad por cada uno de los médicos y evaluar el cumplimiento a la norma es parte importa de los gerentes hospitalarios y los sistemas locales de salud, permitiendo garantizar el reconocimiento de debilidades tanto para la intervención y detección o manejo, donde la prioridad número uno es reducir la

exposición de daño para la paciente que puedan tener y seguir actuando en función de las mejores respuestas de intervención.

II. JUSTIFICACIÓN

A pesar de las estrategias y prioridades que el ministerio de salud ha brindado para la atención y abordaje del embarazo ectópico a través de sus programas y normas se observan desigualdades al momento de la atención y manejo del grupo en riesgo, actualmente en Nicaragua existe desde el año 2006 un protocolo para el abordaje durante la atención de esta patología y es por lo cual con este estudio se pretende conocer el cumplimiento del protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas que se encuentra en constante actualización, la última realizada en abril del 2013 la cual todo el personal de salud está obligado a cumplirlo.

Reconocer en cierta medida de qué manera se está actuando ante esta patología, es de gran importancia para el sistema que ha venido priorizando el actuar médico ante esta problemática y es necesario en la toma de decisiones, reflejando el alto grado de compromiso de la institución con el cumplimiento de las normas nacionales y las debilidades que este pueda tener para así fortalecerlas y disminuir complicaciones.

Se podrá llegar a la realización de intervenciones propias de la institución a través de resultados específicos de lo que ha sucedido en la atención del embarazo, con esta patología, además permitirá decidir mejores conductas terapéuticas y una mayor conducta expectante de las complicaciones que se pudieran presentar en cualquier momento del abordaje del embarazo ectópico.

Es por ello que hemos enfocado nuestro trabajo monográfico sobre este tema que es de gran importancia y relevancia ya que actualmente las nuevas técnicas para el abordaje de esta patología del primer trimestre del embarazo han ido mejorando sin embargo todavía existen algunas complicaciones que pueden llevar a una muerte materna si estas no son detectadas a tiempo por el personal, queremos con esta tesis describir según la norma Proporcionada por el MINSA síntomas, tratamiento, complicaciones para un buen manejo y disminuir la morbimortalidad Materna.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cómo es el nivel de aplicación del protocolo de Embarazo Ectópico en mujeres ingresadas al servicio de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque, en el período comprendido del 1 de Julio al 31 de Diciembre de 2015?

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Evaluar el nivel de cumplimiento del protocolo de Embarazo Ectópico en mujeres ingresadas al servicio de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque, en el período comprendido del 1 de Julio al 31 de Diciembre de 2015.

4.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Describir las características gineco-obstetricas de las pacientes en estudio.
3. Describir los criterios diagnósticos para Embarazo Ectópico
4. Describir los criterios terapéuticos del Embarazo Ectópico.
5. Describir la evolución de las pacientes tratadas por tal patología.

V. MARCO TEÓRICO

Definición

El embarazo ectópico es la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero.

Etiología

Esta complicación se produce cuando hay obstáculos para la migración del huevo fecundado hacia la cavidad uterina, o alteraciones para su implantación.

Clasificación

Por su comportamiento clínico:

1. Ectópico Conservado o no Roto.
2. Ectópico Roto.
3. Con estabilidad hemodinámica.
4. Con inestabilidad hemodinámica.

Por su ubicación:

- Tubárica.
- Tubo-ovárica.
- Cornual.
- Ovárico.
- Abdominal.
- Cervical.

El lugar más frecuente de implantación es la trompa uterina (95%) de esta más frecuente es en la ampolla (75%), posiblemente por ser el sitio donde ocurre la fecundación. Otras localizaciones: ovárica y abdominal 2.51%; más raro el ectópico cervical 0.07%-0.1%.

Factores de riesgo

- Antecedente de cirugía tubárica.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Historia de enfermedad pélvica inflamatoria.
- Operación tubárica previa por infertilidad.
- Ligadura tubárica.
- Exposición a dietilestilbestrol en útero.
- Uso actual de DIU.
- Alteraciones congénitas (divertículos, trompas atresicas, hipoplasicas).
- Alteraciones funcionales.
- Otras operaciones previas, estados de infertilidad y procedimientos de reproducción asistida, acodadura o desviaciones del trayecto tubárico y causas ovulares.

Diagnóstico

Manifestaciones clínicas del embarazo ectópico roto y no roto.

Embarazo ectópico no roto:

- ✓ Amenorrea (generalmente de 5 semanas)
- ✓ 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.
- ✓ Dolor abdominal y pélvico intermitente al inicio y luego intenso, sostenido y localizado en una fosa ilíaca.
- ✓ Sangrado transvaginal.
- ✓ Reblandecimiento del cuello y cuerpo uterino.

- ✓ Hipersensibilidad anexial.
- ✓ Masa anexial (por clínica o ultrasonido).
- ✓ Cavidad uterina vacía por ultrasonido.

Embarazo ectópico roto:

- Amenorrea (de 5 – 8 semanas).
- Síntomas de embarazo inicial.
- Colapso y debilidad.
- Pulso rápido y débil (110 por minuto o más).
- Hipovolemia, Hipotensión, Shock.
- Palidez.
- 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.
- Distensión abdominal y rebote.
- Sangrado transvaginal escaso.
- Dolor al movilizar el cuello y el útero.
- Masa anexial (por clínica o ultrasonido).
- Sangre libre en cavidad abdominal por clínica y ultrasonido.
- El fondo de saco posterior es muy doloroso de tal manera que la paciente huye al tacto vaginal.
- Dolor en el hombro.

Historia clínica y examen físico:

- A toda mujer con historia de vida sexual que presente dolor abdominal y sangrado transvaginal se debe realizar prueba diagnóstica de embarazo Fracción beta de la gonadotropina coriónica (B-HCG)

- La triada clásica compuesta por dolor, sangrado y masa anexial sólo se presenta en 45% de las pacientes.

- La localización más frecuente del embarazo ectópico es en la trompa uterina, manifestándose con dolor y sangrado, sin evidencias de embarazo uterino y con una masa anexial.

Auxiliares Diagnósticos

Ultrasonido

Útero vacío y decidual hiperplásica.

Masa anexial (embarazo ectópico).

- Presencia de una masa anexial tubárica compatible con un saco gestacional de 13 mm en promedio sin saco vitelino visible ni presencia de embrión puede corresponder a un embarazo tubárico.

- Masa anexial por ultrasonido vaginal combinada con una concentración sérica de B-HCG de 1000 mUI/ml tiene una sensibilidad de 97%, una especificidad 99%, valor predictivo positivo y negativo del 98% para diagnóstico de embarazo tubárico.

Quiste Luteínico del ovario.

Eventualmente saco gestacional fuera de la cavidad uterina.

Líquido en fondo de saco de Douglas en caso de ectópico roto (sangre).

Determinar su localización según hallazgos Ecográficos.

Cuando el resultado de ultrasonido y/o las gonadotrofinas sean dudosos y exista sospecha clínica de embarazo tubárico se debe proceder a laparoscopia diagnóstica y de no tener, laparotomía exploradora.

Prueba de embarazo; positiva en el 50% de los casos.

Cuantificación de gonadotrofina coriónica humana subunidad (Beta).

Las determinaciones seriadas de B- HCG tienen una sensibilidad del 36% y 65% de especificidad para detección de embarazo tubárico.

Más de la mitad de las mujeres con embarazo tubárico presentan niveles de B Hcg menores de 2000 mUI /ml.

Después del legrado uterino la falta de descenso de la B-HCG en un 15%. determina la presencia de un embarazo ectópico.

Los rangos de B-HCG de la zona de discriminación son de 1,200 mUI a 2,000 mUI y estos se asocian con la presencia de ultrasonografía del saco gestacional.

Una prueba de B-HCG sérica negativa excluye el diagnóstico de embarazo con embrión vivo pero no descarta la presencia de un embarazo tubárico.

Biometría hemática completa.

Tipo y Rh.

VIH (Previa consejería).

RPR.

Pruebas cruzadas.

El examen general de orina para diagnóstico diferencial con pielonefritis.

Punción abdominal (Paracentesis), Culdocentesis. Si se obtiene sangre sin coagular, el diagnóstico de embarazo ectópico roto es positivo.

AMEU Diagnóstico. Es útil si anatomía patológica reporta reacción decidual compatible con embarazo (poco usado, dada la urgencia).

Diagnóstico diferencial

- Amenaza de aborto o aborto incompleto.
- Quistes de ovario (torsión o ruptura).
- Ruptura del quiste folicular.
- Hemorragia disfuncional.
- Apendicitis aguda.

- Infección de vías urinarias.
- Torsión anexial.
- Endometrioma.
- Enfermedad inflamatoria pélvica aguda o crónica.
- Mioma en degeneración

Tratamiento, Manejos y Procedimientos:

Primer nivel de atención

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

Segundo nivel de atención

1. Medidas generales del embarazo ectópico no roto (conservado):
2. Hospitalización inmediata.
3. Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre Niveles de Fracción B- HCG.
4. Exámenes complementarios (BHC mas plaquetas, EGO, Tipo y Rh, VIH, RPR, TP, TPT, preparar sangre).
5. Ultrasonido para valorar el tamaño de masa anexial.

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

1. Manejo Expectante.
2. Manejo con Metotrexate.
3. Manejo quirúrgico.

1. Manejo Expectante.

Indicaciones para su realización.

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

1.En que consiste manejo expectante:

1. Manejo hospitalizado.
2. Consentimiento informado.
3. 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.
4. Ecografía bisemanal.

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.

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).

Indicaciones:

1. Signos vitales estables y niveles bajos de sintomatología.
2. No contraindicaciones para el uso de metotrexate (enzimas hepáticas normales, biometría hemática completa y recuento de plaquetas normales).

3. Niveles séricos de B-H CG de menores de 2000 mul/ml.
4. Ausencia de la actividad cardiaca del embrión.
5. Masa anexial < 3 cm.
6. Deseo de fertilidad futura.
7. B-HCG estable o en aumento después del curetaje, con pico máximo menor de 5.000 mUI/mL.
8. Sin hemorragia activa (estabilidad hemodinámica).
9. Visualización laparoscópica completa del ectópico.
10. Normalidad de las enzimas hepáticas y del hemograma.

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.

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 daño muy extenso la histerectomía.

3. Manejo Quirúrgico (Cirugía abierta)

- Laparoscopia.
- Laparotomía.

TODA PACIENTE QUE SE LE REALICE CUALQUIERA DE LOS PROCEDIMIENTOS Y ES RH NEGATIVA NO INMUNIZADA ADMINISTRAR INYECCIÓN DE GAMMA GLOBULINA ANTI D EN PACIENTE (50 MCG)

EMBARAZO ECTÓPICO ROTO

1. Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre (una o dos bránulas en dependencia del estado hemodinámico).
2. Administrar Solución Salina Norma 10.9% 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.

En todos los casos en que haya hemorragia que comprometa la vida de la paciente realizar tratamiento quirúrgico de inmediato (Laparotomía exploradora). □ No espere a que llegue la sangre antes de realizar la operación. □ En cualquier circunstancia operar con rapidez y realizar la ligadura de los vasos sangrantes, que es lo que constituirá el tratamiento definitivo.

Manejo durante la intervención quirúrgica

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.

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 salpingostomía o salpingectomía 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 salpingectomía total.
- e) Practique lavado peritoneal con solución salina normal tibia al 0.9% al finalizar la cirugía.

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.

Complicaciones

1. El aborto tubárico.
2. Ruptura de la trompa (la más común y la de mayor gravedad por la hemorragia intensa).
3. Ruptura del útero en dependencia de la localización del embarazo ectópico (Intersticial cornual, cervical).
4. Anemia Aguda.
5. Shock hipovolémico.
6. Muerte.

Criterios de alta

1. Recuperación pos operatoria y anestésica.
2. Reposición de sangre perdida.
3. Estabilidad hemodinámica y del estado general de la paciente.
4. No hay signos de infección.
5. Si es Rh negativo: (Profilaxis anti-D 50 µgrs).

Control y seguimiento

- ❖ Orientaciones sobre cuidados e higiene de cicatriz postquirúrgica.
- ❖ Orientaciones y sugerencias a la paciente sobre el pronóstico de su fecundidad dado el mayor riesgo de un embarazo ectópico futuro.
- ❖ Consejería sobre planificación familiar y proveer método que la paciente seleccione.
- ❖ Corregir anemia con sulfato ferroso.
- ❖ Biometría hemática completa de control.
- ❖ Visita de control a las cuatro semanas posteriores al egreso o según criterio clínico del médico tratante.
- ❖ Paciente post-laparoscopia reposo por 7 días.
- ❖ Paciente post-laparotomía reposo por 21 días.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal.

6.2 Lugar y periodo

El estudio se realizará en el Hospital Bertha Calderón Roque, entre el periodo de Julio a Diciembre de 2015, en la Sala de complicaciones I.

6.3 Población en estudio

La constituirán todas las pacientes que fueron ingresadas con Diagnóstico de Embarazo Ectópico, durante el período de estudio.

6.4 Muestra

Sera no probabilística por conveniencia.

6.5 Criterios de Inclusión

- Todas las pacientes que sean ingresadas a la sala de complicaciones I que se encuentra expediente completo.

6.6 Criterios de Exclusión

- Se excluirán todos los expedientes de pacientes con datos incompletos o que presentan vicios que dificulten la recolección de la información.

6.7 Técnicas y procedimientos

6.8 Fuente de información

La fuente será secundaria tomada de los expedientes clínicos que se encontraran en los archivos del Hospital Bertha Calderón Roque correspondiente al periodo de estudio establecido.

6.9 Técnica de recolección de la información

Para cumplir con los objetivos del estudio se elaborara un instrumento de recolección de la información que contiene datos para investigar los aspectos generales de la paciente, características gineco-obstetricas, los criterios diagnósticos y terapéuticos de manejo, el nivel de aplicación del protocolo así como también la evolución que tuvieron las mujeres con embarazo ectópico.

Para la obtención de la información se solicitó permiso a la dirección del Hospital para que nos autorizará realizar el estudio y luego le solicitamos al responsable de archivos que nos facilitará los expedientes de cada una de las mujeres que a través del libro de ingresos y egresos para el año en estudio logramos identificar con esta patología, recolectando de esta forma toda la información del estudio.

6.10 Análisis y tabulación

La presentación de resultados se realizara en cuadros y gráficos que se elaboraran en los programas Microsoft Office Word y Microsoft Office Power Point.

Los datos se procesaran y analizaran a través del programa estadístico SPSS versión 19, para Windows. Se harán tablas de porcentajes y frecuencia que nos permitirá identificar datos de interés para nuestro estudio.

6.11 Consideraciones éticas

La información no será alterada y se revelara tal como está en los expedientes se establecerá el anonimato tanto de la paciente como del personal que al atendió. La información solo será de uso académico, y daremos a conocer los resultados a los gerentes de la institución.

6.12 Variables:

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

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

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

- 1) Numero de gestas
- 2) Edad Gestacional
- 3) Numero de cesárea
- 4) Numero aborto
- 5) Número de controles Prenatales

3. Describir los criterios diagnósticos para Embarazo Ectópico

- 1) Manifestaciones clínicas

4. Describir los criterios terapéuticos del Embarazo Ectópico.

- 1) Criterio terapéutico

5. Describir la evolución de las pacientes tratadas por tal patología.

- 1) Condiciones de egreso.

6.13 Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/Valor
Edad	Periodo 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.		Origen registrado en el expediente clínico.	a) Rural b) Urbano
Escolaridad	Nivel académico establecido por el pensum del ministerio de educación.		Según evidencia en el expediente clínico.	Analfabeta Alfabetizada Primaria Secundaria Técnico Universitaria
Estado civil	Relación conyugal de la persona al momento del estudio.		Según evidencia en el expediente clínico.	Soltera Acompañada Casada Viuda Divorciada
Número de gestas	Número de veces que una mujer se ha embarazado.		Según evidencia en el expediente clínico.	Primigesta Bigesta Multigesta Gran-multigesta
Número de aborto	Es la terminación del embarazo por expulsión o extracción del embrión/feto antes de las 22 semanas y un peso <de 500 grs.		Según evidencia en el expediente clínico	0 1 ≥2
Número de cesárea	Número de veces que ha sido intervenida quirúrgicamente para la extracción del producto.		Según evidencia en el expediente clínico.	0 1 2 3
Semanas de gestación	Tiempo transcurrido desde el momento de la fecundación hasta la culminación del embarazo.		Según evidencia en el expediente clínico.	<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.		Según evidencia en el expediente clínico.	1 2 3 4
Manifestaciones clínicas	Es la relación entre los signos y síntomas que se presentan en una enfermedad.	Embarazo ectópico no roto Embarazo ectópico roto	Según evidencia en el expediente clínico. Según evidencia en el expediente clínico.	Si No Si No
Criterio Terapéutico	Todos los criterios que permiten establecer algún diagnóstico de embarazo ectópico y hacia esto se dirigió la terapéutica del caso.	Embarazo ectópico no roto Embarazo ectópico roto	Según evidencia en el expediente. Según evidencia en el expediente.	Si No Si No
Evolución de la paciente	El paso de un estado patológico a su resolución o agravamiento.		Consignado en el expediente Clínico.	Satisfactoria No satisfactoria
Nivel de cumplimiento del protocolo de embarazo ectópico	Nivel de realización por parte del Médico de las normas y protocolo de atención del embarazo ectópico.		Según evidencia en el expediente clínico.	Satisfactoria No Satisfactoria

VII. RESULTADOS

Características sociodemográficas

Dentro del estudio realizado se encuentra que los grupos etarios que más frecuencia de embarazo ectópico son aquellas pacientes entre los 20 a 34 años ya que del total de las pacientes se encuentran 23 (76.7%) dentro de este grupo, 4 (13.3%) pacientes mayores de 35 años y en edades de 15-19 años 3 (10%), no encontramos pacientes menores de 15 años con este diagnóstico. Del total de las pacientes la mayoría de ellas son de áreas urbanas 28 (93.3%) y únicamente 2 (6.7%) son de áreas rurales.

Según la escolaridad del total de las pacientes predomina el nivel de secundaria con 24 (80%) pacientes, seguida de nivel de primaria con 5 (18.7%) pacientes y únicamente 1 (3.3%) de las pacientes con nivel académico universitario, no se encontraron ni técnicas, ni analfabetas, ni alfabetizadas. Según el estado civil de las pacientes 17 (56.7%) de ellas se encontraban acompañadas, 7 (23.3%) solteras y 6 (20%) casadas, no logramos encontrar pacientes divorciadas ni viudas.

Características Ginecológicas.

De la pacientes en estudio notamos que 13 de estas era su primer embarazo (43.3%), el segundo grupo de mujeres que más frecuente presentaron un embarazo ectópico son las pacientes bigestas 10 (33.3%), pacientes multigestas 6 (20%) y pacientes granmultigestas 1 (3.3%). 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 28 pacientes (93.3%), pero también evidenciamos que hay 2 (6.7%) pacientes que presentaron aborto y actualmente presentaron un embarazo ectópico.

Con respecto a aquellas pacientes que presentaron embarazo ectópico según la realización de cesáreas apreciamos que la mayoría de estas pacientes no se habían realizado un procedimiento como este 22(73.3%), 6 (20%) pacientes con

antecedente de 1 cesárea, 1(3.3%) paciente con antecedente de 2 cesáreas previas y 1(3.3%) paciente con antecedente de 3 cesáreas. 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 17 pacientes (56.7%), 7(23.3%) pacientes con 5 semanas de gestación, 4(13.3%) pacientes con embarazo entre 10 y 14 6/7 semanas de gestación, y únicamente 2(6.7%) pacientes con más de 15 semanas de gestación. Al contrastar estos datos con el número de controles prenatales que las pacientes tenían al momento del estudio evidenciamos que 29 (96.7%) de las 30 pacientes no se había realizado ningún control prenatal y que únicamente solo 1 (3.3%) de las pacientes se había realizado un control prenatal.

Manifestaciones clínicas en el embarazo ectópico no roto

Del total de las pacientes en estudio, 9 de estas presentaron embarazo ectópico no roto, en donde encontramos que de todas las manifestaciones clínicas que se describen en el protocolo de abordaje del mismo la amenorrea se cumple en 9 (100%) de las pacientes, síntomas de embarazo inicial en 8 (88.9%) de las pacientes, dolor abdominal en 6 (66.7%) de las pacientes al igual que el sangrado transvaginal, reblandecimiento del cuello únicamente en 3 (33.3%) de las pacientes, hipersensibilidad anexial en 8 (88.9%) de las pacientes, masa anexial se señala en 6 (66.7%) de las pacientes estudiadas y cavidad uterina vacía en las 9 (100%) pacientes.

Manifestaciones clínicas en el embarazo ectópico roto

El otro grupo lo constituyen las pacientes con embarazo ectópico roto en las que se encontraron que en 21 (100%) de las pacientes se menciona o señala las semanas de amenorrea, síntomas de embarazo inicial únicamente en 16(76.2%), colapso y debilidad 4 de las pacientes (19%), pulsos rápido y débil 8 pacientes (38.1%), hipovolemia, shock 4 pacientes (19%), 12 (57.1%) de las pacientes presentaban palidez, 13 pacientes con dolor abdominal (61.9%), distensión abdominal y rebote 16 de las pacientes (76.2%), sangrado transvaginal y sangre libre en cavidad 13 (61.9%) de las pacientes en estudio, dolor a la movilización del cuello 18 de las pacientes(85.7%), masa anexial palpable en 14 de las pacientes se describe (66.7%), fondo de saco posterior muy doloroso en 17 (81%) de las pacientes y únicamente en 1(4.8%) paciente se describe dolor en el hombro.

Manejo de paciente con embarazo ectópico no roto

Se logra observar que para el manejo de paciente con embarazo ectópico no roto 6 (66.7%) de las pacientes fueron canalizadas, a las 9 (100%) pacientes se les enviaron sus exámenes de laboratorio al igual que se les realizó su ultrasonido, 7(77.8%) de las pacientes se manejó de forma expectante y 2 (22.2%) de las pacientes de manejaron de forma quirúrgica.

Manejo de pacientes con embarazo ectópico roto

Al igual que en el embarazo ectópico no roto se revisó el manejo de las pacientes con embarazo ectópico roto encontrando que 21 (100%) de estas pacientes se canalizaron, a 20 (95.2%) de las pacientes se administró SSN o lactato de Ringer, con respecto a la colocación de sonda Foley 20 (95.2%) de la pacientes se les cumplió dicha medida, 21 (100%) de las pacientes se estabilizaron hemodinámicamente, solo 13 de las pacientes (61.9%) se evidencia la toma de

signos vitales cada 15 minutos y 18 (85.7%) de estas pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente de forma inmediata.

Evolución de las pacientes con embarazo ectópico

Podemos decir que de las pacientes que se estudiaron, un total de 30 pacientes; 9 de estas con embarazo ectópico no roto y 21 con embarazo ectópico roto, únicamente 1 (3.3%) de las pacientes tuvo una evolución no satisfactoria ya que se manejó de forma expectante y posterior a ello acude a la unidad de salud en estado delicado.

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

Podemos decir que del total de pacientes en estudio a 23 (76.7%) de estas se les aplicó la normativa al 100%, pero a 7 (23.3%) de las pacientes no se logró cumplir con la aplicación de normativa para el abordaje del embarazo ectópico, además que a pesar de no aplicar normativa correctamente ninguna de las pacientes sufrió una evolución que haya llevado a la pérdida de su vida, ya que la única paciente que se manejó de forma expectante al acudir nuevamente se le resolvió el problema.

VIII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Características sociodemográficas

Dentro del estudio realizado se encuentra que los grupos etarios que más frecuencia de embarazo ectópico son aquellas pacientes entre los 20 a 34 años ya que del total de las pacientes se encuentran 23 (76.7%) dentro de este grupo, 4 (13.3%) pacientes mayores de 35 años y en edades de 15-19 años 3 (10%), no encontramos pacientes menores de 15 años con este diagnóstico. Podemos decir que dentro de la edad materna con mayor frecuencia se presenta el embarazo ectópico es similar al comportamiento de este a otro estudio realizado en Cuba, ya que en su estudio encuentran mayor frecuencia 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 áreas urbanas 28 (93.3%) y únicamente 2 (6.7%) son de áreas rurales. Cabe señalar que actualmente nuestro sistema de salud cuenta con diversos niveles de atención, por lo que podemos decir 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 las pacientes predomina el nivel de secundaria con 24 (80%) pacientes, seguida de nivel de primaria con 5 (18.7%) pacientes y únicamente 1 (3.3%) de las pacientes con nivel académico universitario, no se encontraron ni técnicas, ni analfabetas, ni alfabetizadas. Podemos afirmar que del total de las pacientes en estudio su nivel académico es alto debido a que las edades en las que predomina esta patología es entre los 20-34 años.

Características Ginecológicas.

De las pacientes en estudio notamos que 13 de estas era su primer embarazo (43.3%), el segundo grupo de mujeres que más frecuente presentaron un embarazo ectópico son las pacientes bigestas 10 (33.3%), pacientes multigestas 6 (20%) y pacientes granmultigestas 1 (3.3%). El comportamiento del embarazo ectópico según una revista cubana publicada en 2013 describe que el embarazo ectópico según la paridad predomina en las pacientes primigestas con un 61.4%, las pacientes bigestas con 18.6% y las pacientes multíparas 5.7%. Según nuestra normativa 109 el embarazo ectópico se presenta con mayor frecuencia en las mujeres multíparas 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 28 pacientes (93.3%), pero también evidenciamos que hay 2 (6.7%) pacientes que presentaron aborto y actualmente presentaron un embarazo ectópico. 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 apreciamos que la mayoría de estas pacientes no se habían realizado un procedimiento como este 22(73.3%), 6 (20%) pacientes con antecedente de 1 cesárea, 1(3.3%) paciente con antecedente de 2 cesáreas previas y 1(3.3%) 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 17 pacientes (56.7%), 7(23.3%) pacientes con 5 semanas de gestación, 4(13.3%) pacientes con embarazo entre 10 y 14 6/7 semanas de gestación, y únicamente 2(6.7%) pacientes con más de 15 semanas de gestación. Ya que la mayoría de 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 evidenciamos que 29 (96.7%) de las 30 pacientes no se había realizado ningún control prenatal y que únicamente solo 1 (3.3%) de las pacientes se había realizado un control prenatal. Cabe señalar que hay debilidades igual 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 del indicador de captación precoz.

Manifestaciones clínicas en el embarazo ectópico no roto

Del total de las pacientes en estudio, 9 de estas presentaron embarazo ectópico no roto, en donde encontramos que de todas las manifestaciones clínicas que se describen en el protocolo de abordaje del mismo la amenorrea se cumple en 9 (100%) de las pacientes, síntomas de embarazo inicial en 8 (88.9%) de las pacientes, dolor abdominal en 6 (66.7%) de las pacientes al igual que el sangrado transvaginal, reblandecimiento del cuello únicamente en 3 (33.3%) de las pacientes, hipersensibilidad anexial en 8 (88.9%) de las pacientes, masa anexial se señala en 6 (66.7%) de las pacientes estudiadas y cavidad uterina vacía en las 9 (100%) pacientes. 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 paciente con dicho diagnóstico.

Manifestaciones clínicas en el embarazo ectópico roto

El otro grupo lo constituyen las pacientes con embarazo ectópico roto en las que se encontraron que en 21 (100%) de las pacientes se menciona o señala las semanas de amenorrea, síntomas de embarazo inicial únicamente en 16 (76.2%), colapso y debilidad 4 de las pacientes (19%), pulsos rápido y débil 8 pacientes (38.1%), hipovolemia, shock 4 pacientes (19%), 12 (57.1%) de las pacientes presentaban palidez, 13 pacientes con dolor abdominal (61.9%), distensión abdominal y rebote 16 de las pacientes (76.2%), sangrado transvaginal y sangre libre en cavidad 13 (61.9%) de las pacientes en estudio, dolor a la movilización del cuello 18 de las pacientes(85.7%), masa anexial palpable en 14 de las pacientes se describe (66.7%), fondo de saco posterior muy doloroso en 17 (81%) de las pacientes y únicamente en 1(4.8%) paciente se describe dolor en el hombro. En el estudio realizado en Cuba señalan que según las manifestaciones clínicas del embrazo

ectópico se presenta de la siguiente manera: Lipotimia 10.7%, Palidez Mucocutanea 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 nuestra normativa la triada diagnóstica no se cumple en el 100% de las pacientes que son diagnosticadas con embarazo ectópico.

Manejo de paciente con embarazo ectópico no roto

Se logra observar que para el manejo de paciente con embarazo ectópico no roto 6 (66.7%) de las pacientes fueron canalizadas, a las 9 (100%) pacientes se les enviaron sus exámenes de laboratorio al igual que se les realizó su ultrasonido, 7(77.8%) de las pacientes se manejó de forma expectante y 2 (22.2%) de las pacientes se manejaron de forma quirúrgica. Podemos decir que dentro de las actividades que debemos realizar al 100% en el manejo de pacientes con embarazo ectópico no se logran cumplir actividades normadas ya que debilidad que encontramos es que no se canalizan algunas pacientes.

Manejo de pacientes con embarazo ectópico roto

Al igual que en el embarazo ectópico no roto se revisó el manejo de las pacientes con embarazo ectópico roto encontrando que 21 (100%) de estas pacientes se canalizaron, a 20 (95.2%) de las pacientes se administró SSN o lactato de Ringer, con respecto a la colocación de sonda Foley 20 (95.2%) de las pacientes se les cumplió dicha medida, 21 (100%) de las pacientes se estabilizaron hemodinámicamente, solo 13 de las pacientes (61.9%) se evidencia la toma de signos vitales cada 15 minutos y 18 (85.7%) de estas pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente de forma inmediata. Al igual que en el embarazo ectópico no roto se evidencia el no cumplimiento a las actividades que debemos realizar según nuestra normativa, 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.

Evolución de las pacientes con embarazo ectópico

Podemos decir que de las pacientes que se estudiaron, un total de 30 pacientes; 9 de estas con embarazo ectópico no roto y 21 con embarazo ectópico roto, únicamente 1 (3.3%) de las pacientes tuvo una evolución no satisfactoria ya que se manejó de forma expectante y posterior a ello acude a la unidad de salud en estado delicado. Las opciones terapéuticas son varias: el manejo expectante basado en el conocimiento de que embarazo tubárico puede ser un proceso auto limitado y que puede resultar en un aborto tubárico o reabsorción del huevo fecundado, quirúrgica y médicas han demostrado resultados satisfactorios en pacientes con criterios de selección apropiada. Sin embargo siempre hay para cada una de ellas cierto margen de error.

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

Podemos decir que del total de pacientes en estudio a 23 (76.7%) de estas se les aplico la normativa al 100%, pero a 7 (23.3%) de las pacientes no se logró cumplir con la aplicación de normativa para el abordaje del embarazo ectópico, además que a pesar de no aplicar normativa correctamente ninguna de las pacientes sufrió una evolución que haya llevado a la pérdida de su vida, ya que la única paciente que se manejó de forma expectante al acudir nuevamente se le resolvió el problema.

IX. CONCLUSIONES

1. En relación a los datos generales del grupo de mujeres en estudio, se caracterizaron en su mayoría del grupo etario de 30-34 años, de predominio urbano, nivel de escolaridad secundaria y con unión de hecho.
2. En relación a los datos Gineco- obstétricos las mujeres en estudio se caracterizaron por ser primigestas, 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. Según la evolución de las pacientes en estudio se logró evidenciar que únicamente una de las pacientes que fue atendida tuvo una evolución no satisfactoria pero que a pesar de ello en su posterior visita a la unidad de salud su problema le fue resuelto.
6. Podemos afirmar 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.

X. RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Ministerio de Salud, especialmente a la unidad de salud mantener campañas educativas de forma permanente a través de la televisión, radio periódico entre otros medios para poder llegar a la población, ofertando los servicios de salud que se brindan además de instar y hacer hincapié en 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, reactivar 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.

5. Se insta a las autoridades central y hospitalaria a hacer un reconocimiento a los médicos y enfermeras por el trabajo de calidad que ha realizado con los pacientes de embarazo ectópico a pesar de las fallas del protocolo seguir haciéndolo cada día mejor retomando las fallas encontradas en este estudio.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Msc. Carlos Moya Toneut, M. F. (2013). Comportamineto del embarzo ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 13.
2. 2. Salud, M. d. (2013). Protocolos para la atención de las complicaciones Obstetricas. *Normativa 109*, 13.
3. 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.
4. Carson S. Buster J. *Ectopic pregnancy*. *New Engl J Med* 1993; 329 (16): 1174-1179.
5. Danforth, *Manual de obstetricia y Ginecología*. Por James R Scott, MD, et al 1997. México d.C.
6. 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.
7. Ministerio de Salud, Perú. *Guía de atención de emergencias obstétricas*. Tercera edición septiembre de 2004. Ayacucho, Perú.
8. *Obstetricia*. Schwarcz Ricardo, Duverges Carlos et al, *El Ateneo*, 5ta edición 2003, Uruguay. P 621.
9. *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.
10. *DIAGNOSTICO y tratamiento del embarazo tubarico* México: Secretaria de salud; 2009. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.htm>.
11. *Bajo Arenas Ultrasonografía obstétrica* 65.
12. Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP) *ALSO complicaciones del embarazo en el primer trimestre* pag 11-33.
13. Ye - Cheng Liu y col. *Modifi ed shock index and mortality rate of emergency patients orld* *J Emerg Med*. Vol 3, No 2, 2012.

XII. ANEXOS

ANEXOS



Instrumento de recolección de la información

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 DE 2015.

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

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: _____

III. Criterios Terapéuticos

Embarazo Ectópico No Roto:

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

Embarazo Ectópico Roto

1. Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre (una o dos bránulas en dependencia del estado hemodinámico): ____
2. Administrar Solución Salina Norma 10.9% 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: ____

IV. Evolución de la paciente

Tiempo de hospitalización: ____ / ____ días

Evidencia de complicaciones: si: ____ No: ____

Egreso: ____ Abandono: ____ Traslado: ____ Fallecida: ____

Tabla No 1: Características sociodemográficas de las pacientes en estudio.

n: 30

Variable	Frecuencia	%
Edad		
10-14 años	0	0.0
15-19 años	3	10.0
20-34 años	23	76.7
≥ 35 años	4	13.3
Total	30	100.0
Procedencia		
Urbano	28	93.3
Rural	2	6.7
Total	30	100.0
Escolaridad		
Analfabeta	0	0.0
Alfabetizada	0	0.0
Primaria	5	16.7
Secundaria	24	80.0
Técnico	0	0.0
Universitario	1	3.3
Total	30	100.0
Estado civil		
Soltera	7	23.3
Acompañada	17	56.7
Viuda	0	0.0
Divorciada	0	0.0
Casada	6	20.0
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla No 2: Características Ginecológicas de las pacientes en estudio.

n: 30

Variable	Frecuencia	%
No de Gestas		
Primigesta	13	43.3
Bigesta	10	33.3
Multigesta	6	20.0
Gran-multigesta	1	3.3
Total	30	100.0
No abortos		
0	28	93.3
1	2	6.7
≥2	0	0.0
Total	30	100.0
No de Cesárea		
0	22	73.3
1	6	20.0
2	1	3.3
3	1	3.3
Total	30	100.0
Semanas de Gestación		
5 SG	7	23.3
5-9 6/7 SG	17	56.7
10- 14 6/7 SG	4	13.3
>15 SG	2	6.7
Total	30	100.0
No CPN		
0	29	96.7
1	1	3.3
2	0	0.0
3	0	0.0
4	0	0.0
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla No 3: Cumplimiento de las manifestaciones clínicas en el embarazo ectópico no roto de las pacientes en estudio.

n: 9

Indicador	Frecuencia	%
Amenorrea.	9	100.0
Síntomas de embarazo inicial.	8	88.9
Dolor abdominal y pélvico.	6	66.7
Sangrado transvaginal.	6	66.7
Reblandecimiento del cuello y cuerpo uterino.	3	33.3
Hipersensibilidad anexial.	6	66.7
Masa anexial (por clínica o ultrasonido).	6	66.7
Cavidad uterina vacía por ultrasonido.	9	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico No 1: Cumplimiento de las manifestaciones clínicas en el embarazo ectópico no roto de las pacientes en estudio.



Fuente: Tabla No 3.

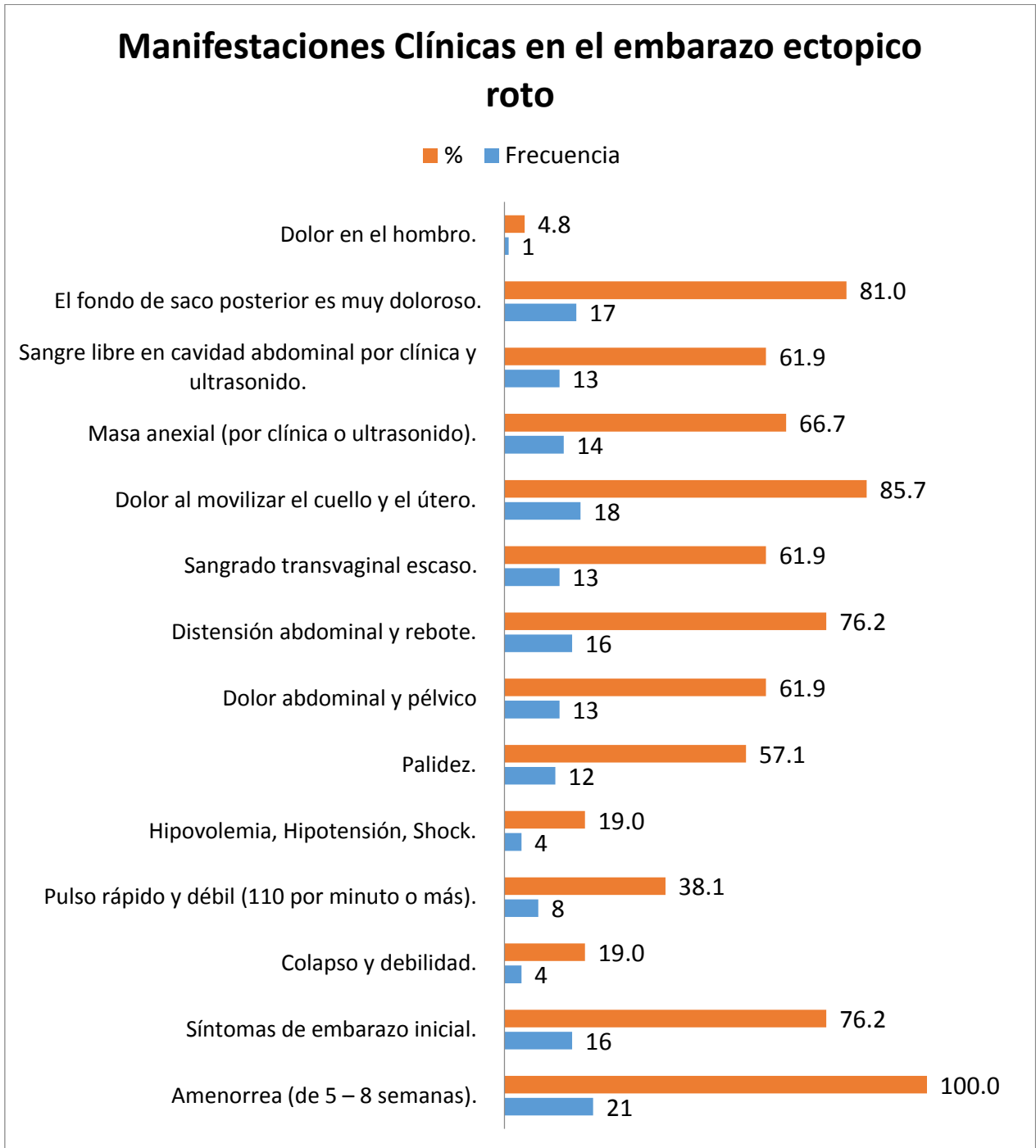
Tabla No 4: Cumplimiento de las manifestaciones clínicas en el embarazo ectópico roto de las pacientes en estudio.

N: 21

Indicador	Frecuencia	%
Amenorrea (de 5 – 8 semanas).	21	100.0
Síntomas de embarazo inicial.	16	76.2
Colapso y debilidad.	4	19.0
Pulso rápido y débil (110 por minuto o más).	8	38.1
Hipovolemia, Hipotensión, Shock.	8	38.1
Palidez.	12	57.1
Dolor abdominal y pélvico	13	61.9
Distensión abdominal y rebote.	16	76.2
Sangrado transvaginal escaso.	13	61.9
Dolor al movilizar el cuello y el útero.	18	85.7
Masa anexial (por clínica o ultrasonido).	14	66.7
Sangre libre en cavidad abdominal por clínica y ultrasonido.	13	61.9
El fondo de saco posterior es muy doloroso.	17	81.0
Dolor en el hombro.	1	4.8

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico No 2: Cumplimiento de las manifestaciones clínicas en el embarazo ectópico roto de las pacientes en estudio.



Fuente: Tabla No 4.

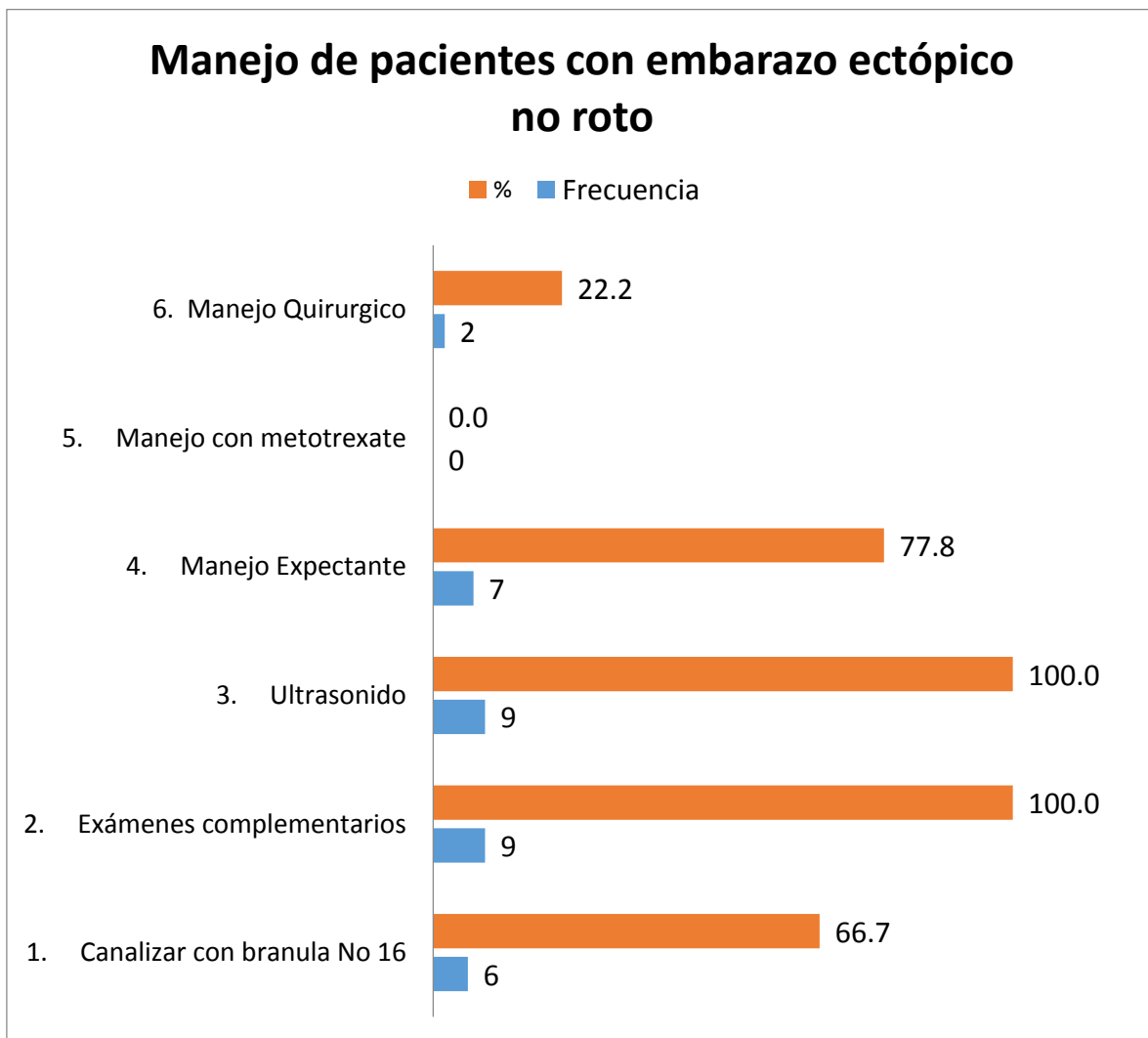
Tabla No 5: Cumplimiento en el manejo del embarazo ectópico no roto en las pacientes en estudios.

n: 9

	Indicador	Frecuencia	%
1.	Canalizar con bránula No 16	6	66.7
2.	Exámenes complementarios	9	100.0
3.	Ultrasonido	9	100.0
4.	Manejo Expectante	7	77.8
5.	Manejo con metotrexate	0	0.0
6.	Manejo Quirúrgico	2	22.2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Grafico No 3: Cumplimiento en el manejo del embarazo ectópico no roto en las pacientes en estudios.



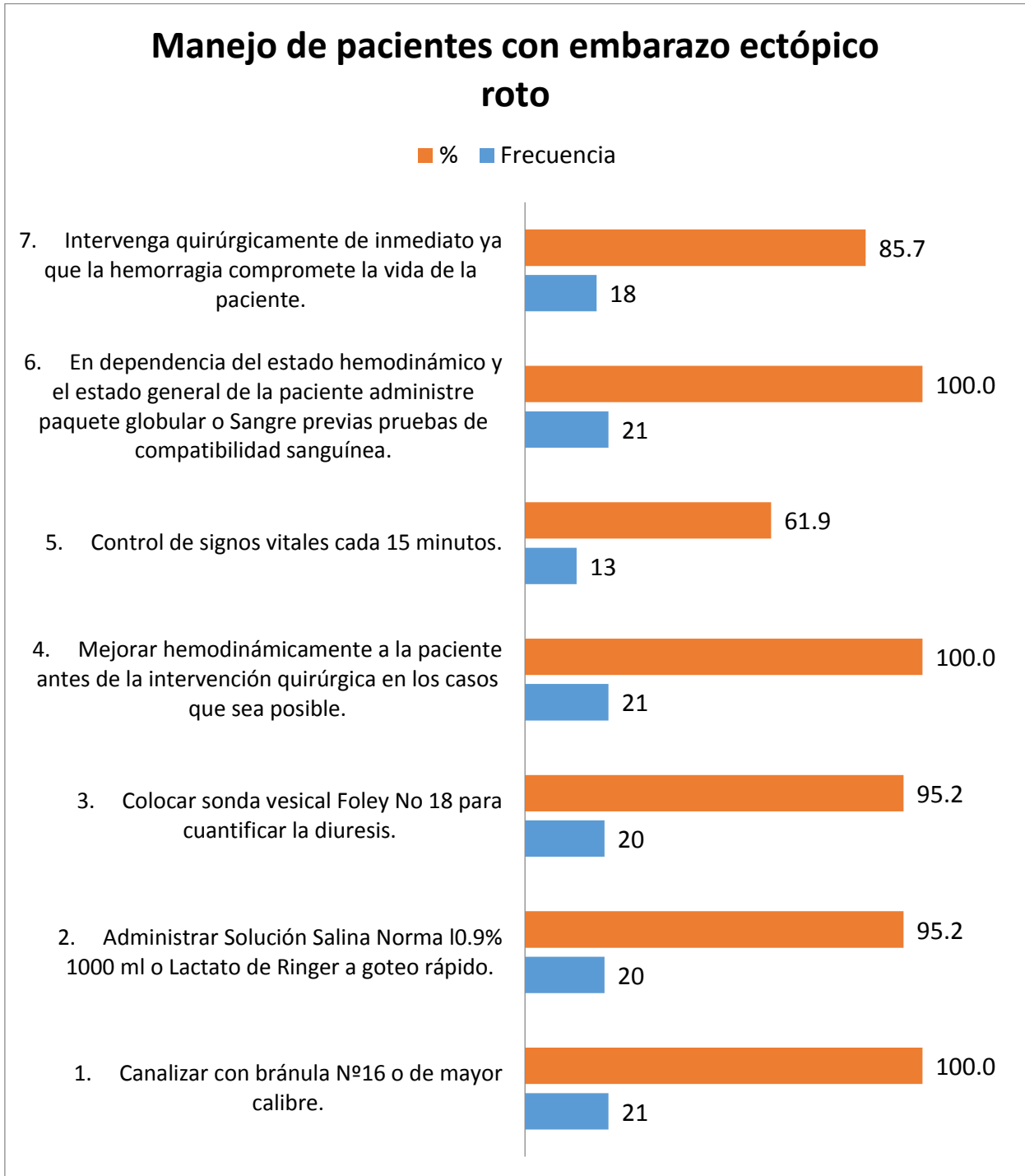
Fuente: Tabla No 5.

Tabla No 6: Cumplimiento en el manejo del embarazo ectópico roto en las pacientes en estudios.

			n: 21
Indicador	Frecuencia	%	
1. Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre.	21	100.0	
2. Administrar Solución Salina Norma 0.9% 1000 ml o Lactato de Ringer a goteo rápido.	20	95.2	
3. Colocar sonda vesical Foley No 18 para cuantificar la diuresis.	20	95.2	
4. Mejorar hemodinámicamente a la paciente antes de la intervención quirúrgica en los casos que sea posible.	21	100.0	
5. Control de signos vitales cada 15 minutos.	13	61.9	
6. En dependencia del estado hemodinámico y el estado general de la paciente administre paquete globular o Sangre previas pruebas de compatibilidad sanguínea.	21	100.0	
7. Intervenga quirúrgicamente de inmediato ya que la hemorragia compromete la vida de la paciente.	18	85.7	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Grafico No 4: Cumplimiento en el manejo del embarazo ectópico roto en las pacientes en estudios.



Fuente: Tabla No 6.

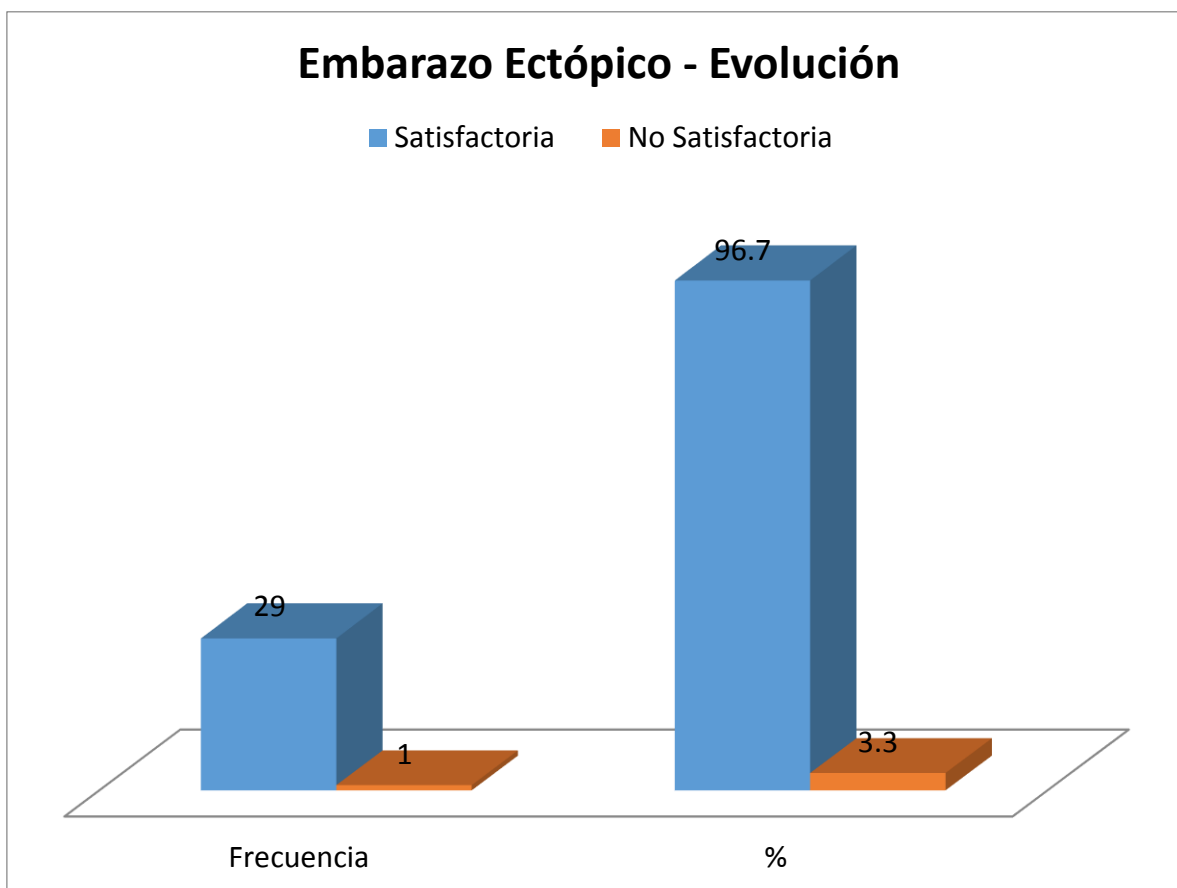
Tabla No 7: Evolución de las pacientes con embarazo ectópico en estudio.

n: 30

Evolución	Frecuencia	%
Satisfactoria	29	96.7
No Satisfactoria	1	3.3

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Grafico No 5: Evolución de las pacientes con embarazo ectópico en estudio.



Fuente. Tabla No 7.

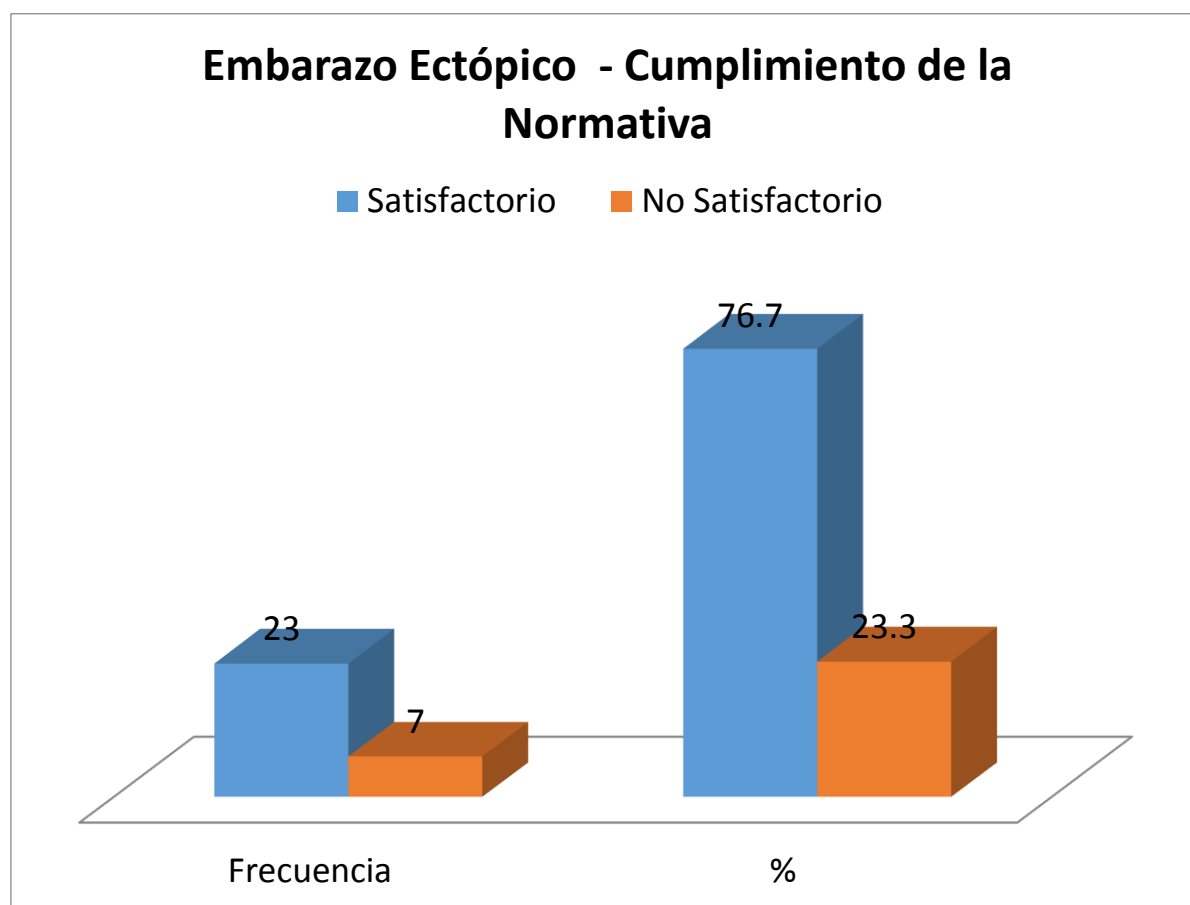
Tabla No 8: Cumplimiento de la normativa en las pacientes con embarazo ectópico en estudio.

n: 30

Cumplimiento	Frecuencia	%
Satisfactorio	23	30
No Satisfactorio	7	0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla No 6: Cumplimiento de la normativa en las pacientes con embarazo ectópico en estudio.



Fuente: Tabla No 8.