

# **PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO**

# PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO

## INTRODUCCIÓN

El sitio más común de implantación ectópica son las trompas de Falopio, con un 95%. El establecimiento de un óvulo fecundado fuera de las trompas de Falopio es raro: ocurre sólo en el 1.3% de los embarazos. La etiología de la entidad está relacionada con desequilibrios hormonales, alteraciones en la motilidad tubárica u otros factores desencadenantes de la destrucción anatómica de las trompas.

En nuestro país, la ubicación más frecuente sigue siendo la trompa uterina.

### 1. OBJETIVO

Estandarizar la atención de la gestación ectópica formulando los lineamientos clínico-quirúrgicos para su manejo oportuno e integral de parte de los prestadores, desarrollando intervenciones costo efectivas basadas en la mejor evidencia disponible.

### 2. EVIDENCIA

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo Ectópico en Mujeres de Edad Reproductiva en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. Secretaría de Salud, México, 2013.

### **3. DEFINICIÓN**

El embarazo ectópico es aquel en el que el blastocito se implanta fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina.

### **4. USUARIOS DEL PROTOCOLO**

Médicos y médicas generales, especialistas en medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, emergenciología; bioanalistas y personal de enfermería y paramédico.

### **5. POBLACION DIANA**

Mujeres que cursen con cuadro de embarazo ectópico.

### **6. FACTORES DE RIESGO**

Dentro de los factores de riesgo para el embarazo ectópico (EE) se encuentran:

- Daño en las trompas de Falopio por cirugía tubárica, cesárea, ooforectomía apendicetomía
- La enfermedad inflamatoria pélvica comúnmente causada por *Chlamydia trachomatis* se ha relacionado con un 30 a 50% de todos los embarazos ectópicos.

### **7. DIAGNÓSTICO**

#### **7.1 Cuadro clínico**

La triada clínica clásica del embarazo ectópico la constituyen:

- a. Sangrado transvaginal.
- b. Dolor abdominal (abdomen agudo).
- c. Amenorrea.

d. Masa palpable en anexo.

**Nota:** *la manifestación clínica depende de la localización del embarazo ectópico, y su evolución de no roto a roto, que va desde asintomática hasta abdomen agudo y choque hemorrágico. El diagnóstico de la ruptura de las trompas es evidente cuando las pacientes están hemodinámicamente inestables.*

## 7.2 Diagnóstico por imágenes

a. Ecografía.

b. Ultrasonido transvaginal: ausencia de gestación intrauterina con concentraciones de B-HCG superiores a 1500 mUI/mL.

c. Doppler color.

**Nota:** *una posible excepción son las gestaciones múltiples normales (se ha informado gestaciones múltiples normales con concentraciones de B-HCG >2300 mUI/mL antes de la identificación por ultrasonido transvaginal. Alrededor del 26% de los embarazos ectópicos tienen una exploración ecográfica transvaginal normal.*

## 7.3 Diagnóstico de laboratorio

Medición seriada de la gonadotropina coriónica humana fracción beta (B-HCG).

## 8. TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser expectante, médico o quirúrgico, dependiendo del momento en que se realice el diagnóstico.

## **8.1 Tratamiento farmacológico**

### **8.1.1 Pre requisitos básicos para manejo farmacológico de la gestación ectópica**

- Identificada y documentada de forma razonable estabilidad hemodinámica.
- Nivel de B-HCG inicial  $<1000$  UI/ml y evolutivamente descendente.
- Ecografía que muestra escasa o nula cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas ( $<100$  cc).
- Ecografía con masa anexial pequeña ( $<2$  cm).

### **8.1.2 Esquema de dosis única de metotrexate:**

- Administrar metotrexate por vía intramuscular, a razón de  $50\text{mg/kg}$  de peso.
- Medir los niveles de B-HCG los días cuarto y séptimo de administración de la droga. Su valor debe descender al menos en un 15%.

### **8.1.3 Esquema de dosis seriadas de metotrexate**

- Administrar  $1.0\text{ mg/kg}$  de metotrexate por vía intramuscular en los días primero, segundo, quinto y séptimo.
- Medir los niveles de B-HCG previo al cumplimiento de las dosis subsecuentes. Su valor debe descender al menos en un 15%.

**Nota:** *Aplicar procedimiento de consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento, haciendo énfasis en los efectos colaterales del metotrexate.*

## 8.2 Tratamiento quirúrgico

### 8.2.1 Criterios para tratamiento quirúrgico (laparotomía o laparoscopias) de emergencia

- Paciente termodinámicamente inestable.
- Presencia de hemoperitoneo/ abdomen agudo.
- Determinación de B-HCG cuantitativa por encima de 1000 UI/mL).
- Ultrasonografía que muestra masa ectópica con diámetro superior a 40 mm.

### 8.2.2 Criterios de salpingectomía

- Recidiva del embarazo en la misma trompa.
- Trompa gravemente lesionada.
- Hemorragia local no controlada.
- Embarazo heterópico.
- Solicitud expresa de la mujer de esterilización quirúrgica.

### 8.2.3 Criterios de salpingostomía

Mujeres en edad reproductiva que desean preservar su fertilidad.

## 8.3 Manejo del embarazo abdominal

- Laparotomía y la extracción del feto.

**Nota:** cuando la placenta se encuentra insertada en un órgano no se debe intentar desprenderla por el sangrado que produce se deja la placenta in situ.

- Seguimiento posterior con determinaciones seriadas semanales de B-HCG.

Nota: ante la evidencia de persistencia de tejido trofoblástico activo, debe ser iniciado un tratamiento con metotrexato.

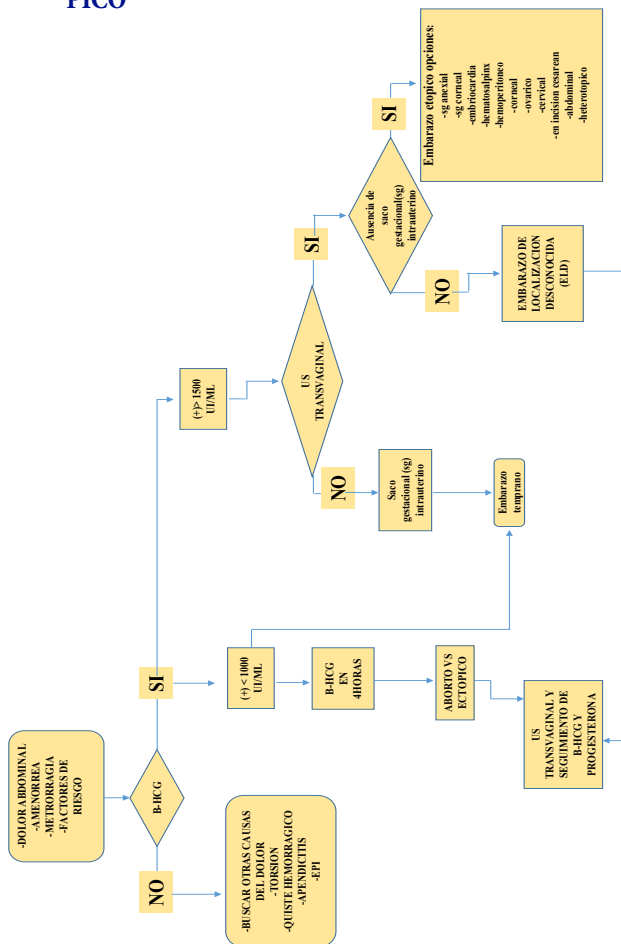
## **9. CRITERIOS DE EGRESO**

- a. Pacientes con manejo médico, con metotrexate: el alta hospitalaria dependerá de su evolución y del cumplimiento de la terapia.
- b. Paciente con estabilidad hemodinámica.
- c. Ausencia demostrada de complicaciones.

## **10. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES**

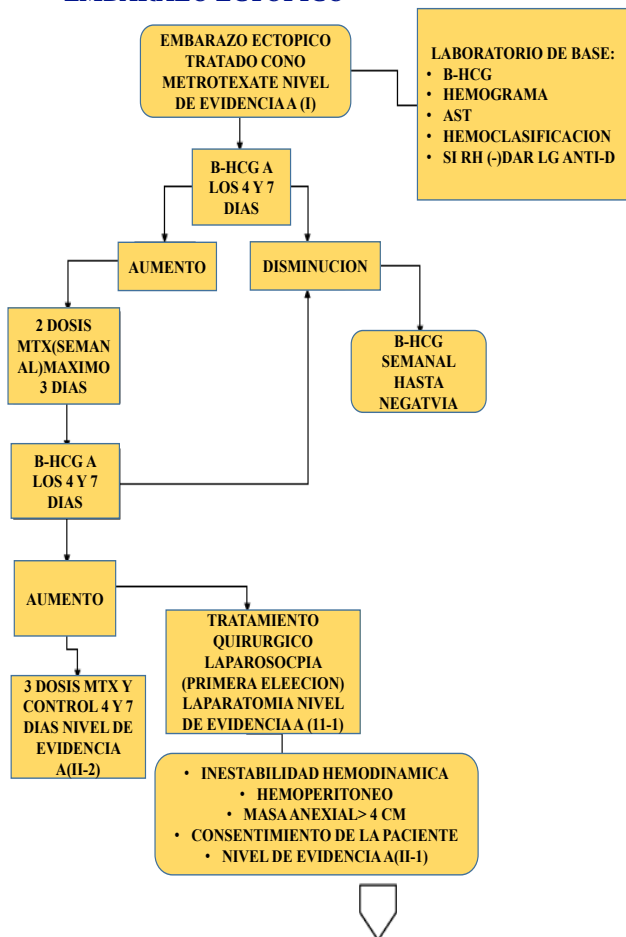
Debe informarse a la paciente, familiares y acompañantes acerca de la condición clínica de ésta, así como sobre los procedimientos a que será sometida y asegurar el consentimiento informado. Merecen una especial atención los casos que puedan requerir de transfusión sanguínea, manejo en UCI y tratamiento con metotrexate.

## 11. ALGORITMO DIAGNOSTICO EMBARAZO ECTOPICO

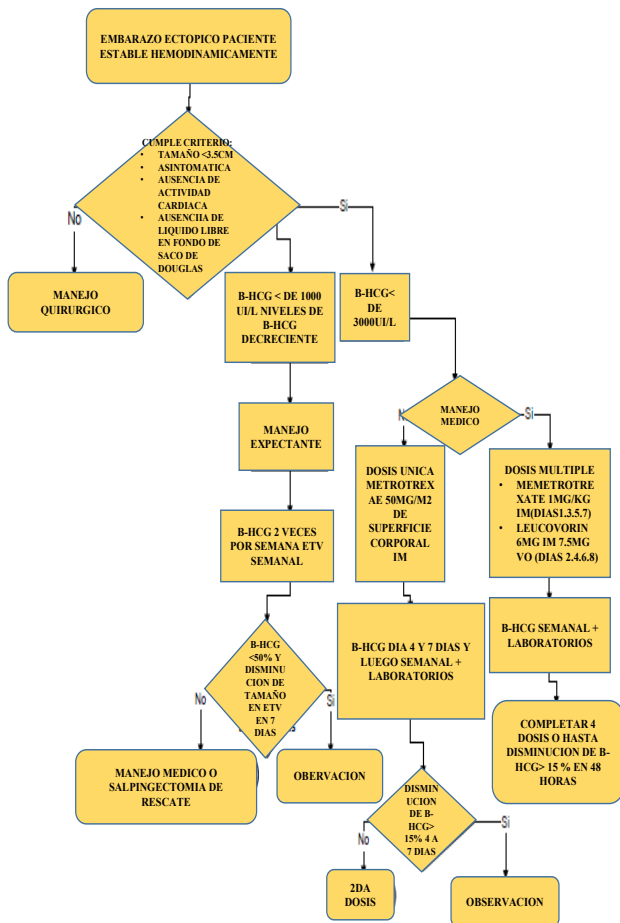




## TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO



# TRATAMIENTO MEDICO NO QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO



## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Medical management of ectopic pregnancy. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2008 Jun. 7 p. (ACOG practice bulletin;no. 94).
2. Centers for Disease, Control and Prevention (CDC). Ectopic Pregnancy -- United States, 1990-1992. MMWR 1995; 44:46-8.
3. Cole L, Kardama A, Seifer D, Bohler H. Urine hcg subcore fragment a sensitive test for ectopic pregnancy. J Cli Endocrinol Metab 1994; 78:497-499
4. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo ectópico en Mujeres de Edad Reproductiva en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. México, Secretaría de Salud, 2013.
5. Hahn SA, Lavonas EJ, Mace SE, Napoli AM, Fesmire FM, American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the initial evaluation and management of patients presenting to the emergency department in early pregnancy. Ann Emerg Med. 2012 Sep;60(3):381-90. e28. [55 references] PubMed.

6. Hoopmann M, Wilhelm L, Possover M, Nawroth F. Heterotopic triplet pregnancy with bilateral tubal and intrauterine pregnancy after IVF. *Reprod BioMed Online* 2003; 6:345-8.
7. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Ectopic pregnancy and miscarriage. Diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2012 Dec. 38 p. (Clinical guideline; no. 154).
8. Sommer E, Reisenberger K, Bogner G, Nagele F. Laparoscopic management of an unrecognized spontaneous bilateral tubal pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:366-8.