

PROTOCOLO DE MINSAL PARA MANEJO DE EMBARAZO ECTOPICO

DRA. VICTORIA RAMIREZ
GINECO OBSTETRA

Embarazo Ectópico.

Definición:

Es aquel embarazo que ocurre cuando el óvulo fecundado se implanta fuera de la cavidad uterina.

Clasificación:

Según su localización:

- E.E.: Tubario (98.3%): Puede ser: Ampular (79.6%), Ítsmico (12.6%), Fimbrial (6.2%)
- Cornual o intersticial (1%)
- E.E. Abdominal (En epiplón o mesenterio): 1.4%
- E.E. Ovárico: 0.15 %
- E.E. Cervical: 0.15% E.E.
- Heterotópico: Presencia simultánea de embarazo intrauterino y extrauterino.

Manejo del Embarazo Ectópico

16.3 Manejo del embarazo ectópico	NIVEL DE ATENCIÓN		
	I	II	III
<p>1. Historia clínica: Mujer que consulta por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor pélvico uni o bilateral, que puede o no acompañarse de amenorrea y sangrado vaginal irregular. <ul style="list-style-type: none"> ○ En caso de embarazo ectópico roto puede haber: Dolor irradiado al hombro abdomen agudo (rebote) y sintomatología de choque hipovolémico (hipotensión, taquicardia, palidez, lipotimia). • Investigue factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Factores de alto riesgo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ligadura tubaria (esterilización) ▪ Embarazo ectópico previo ▪ Cirugías tubaria previa. ▪ Uso de Dispositivo intrauterino (DIU) ▪ Patología tubaria ▪ Reproducción asistida ○ Factores de riesgo moderado: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infertilidad ▪ Antecedente de Infecciones de transmisión sexual (ITS) ▪ Múltiples compañeros sexuales ▪ Salpingitis ístmica nodosa ○ Factores de riesgo bajo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infección pélvica previa ▪ Tabaquismo 	X	X	X

Manejo del Embarazo Ectópico

2. Examen físico: <ul style="list-style-type: none">• Tome signos vitales: TA, FC, FR y temperatura. Puede haber signos de choque hipovolémico.• Evalúe estado de conciencia: En embarazo ectópico roto, paciente puede sufrir lipotimia o estar inconsciente.• Evalúe estado abdominal: En embarazo ectópico roto existe dolor espontáneo y sensibilidad pélvica a la palpación de hemiabdomen inferior, y rebote.• Realice evaluación obstétrica:<ul style="list-style-type: none">○ Examen con espéculo vaginal: Evalúe sangrado, dilatación cervical y	x	x	x
<p>abombamiento de fondo de saco posterior.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Tacto vaginal:<ul style="list-style-type: none">▪ Estime tamaño uterino (generalmente es de tamaño normal)▪ sensibilidad a la movilización del cérvix o a la palpación de anexos;▪ Descarte presencia de tumor anexial doloroso.			

Manejo del Embarazo Ectópico

4. Si hay signos clínicos de shock hipovolémico, estabilice a la paciente.	x	x	x
5. Informe a la paciente y su familia sobre su condición. Aclare sus dudas. Explique pasos a seguir.			
6. Refiera o ingrese inmediatamente al II ó III Nivel (según condición clínica de la paciente) Envíela acompañada por personal médico y con hoja de referencia correcta y completamente llena.	x	x	x
Ante sospecha de embarazo ectópico no roto:			
7. Manejo: <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso • Nada por boca • Signos vitales cada 4 horas • Canalice una vía endovenosa con soluciones isotónicas (Hartman, SSN) • Exámenes de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipeo-Rh y prueba cruzada ○ Hemograma completo, ○ Pruebas de coagulación: TP, TPT, TT, fibrinógeno, prueba del tubo ○ β-HCG cualitativa (aunque no haya amenorrea) ○ Pruebas hepáticas y renales si se contempla manejo medico. • Solicite Ultrasonografía pélvica. Hallazgos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cavityad uterina vacía. ○ Saco gestacional extrauterino. ○ Ausencia de hemoperitoneo • Si Cavityad uterina está vacía y no se observa saco gestacional extrauterino: indique β-HCG cuantitativa. Ya debe observarse saco gestacional si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Valor de es β-HCG de 1,000-2,000 mUI/lit por ultrasonografía transvaginal y ○ Valor de β-HCG es de 6,000-6500 mUI/lit por ultrasonografía transabdominal 		x	x

Manejo del Embarazo Ectópico

Manejo de embarazo ectópico no roto:			
8. Tratamiento expectante:			
<ul style="list-style-type: none"> • Sólo se puede realizar en III Nivel • Debe cumplir los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Paciente hemodinámicamente estable. ○ Sangrado leve, sin dolor o con dolor leve. ○ Ausencia de hemoperitoneo. ○ β-HCG cuantitativa menor de 1,500 mUI/l ○ Ultrasonografía: Masa ectópica no mayor de 35 mm ○ Consentimiento informado 			x
9. Tratamiento farmacológico.			
<ul style="list-style-type: none"> • Debe cumplir los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Paciente hemodinámicamente estable. ○ Sangrado vaginal leve sin dolor o con dolor leve. ○ Ausencia de hemoperitoneo ○ β-HCG cuantitativa= 6,000-15,000 mUI/l ○ Ultrasonografía: Masa ectópica con diámetro 40 mm. ○ Pruebas hematológicas, hepáticas y renales normales. ○ Consentimiento informado. • Metrotrexate (MTX). Dosis: <ul style="list-style-type: none"> ○ Esquema dosis seriada: 1 mg / Kg de peso IM en los días 1, 3, 5 y 7. Medir niveles de β-HCG previo al cumplimiento de las dosis subsecuentes. Su valor debe descender al menos 15% ○ Esquema dosis única: 50 mg/ m² de superficie corporal IM dosis única. Medir niveles de β-HCG los días 4 y 7. Su valor debe descender al menos 15% ○ Contraindicaciones de Metrotrexate: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absolutas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nefropatía, hepatopatía, inmunodeficiencias, úlcera péptica, discrasias sanguíneas, neumopatías activas, alcoholismo, lactancia. ▪ Relativas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Saco gestacional mayor de 40 mm. ○ Antes de usar Metrotrexate tome pruebas de función hepáticas y renales. ○ Si no descende valor de β-HCG después de dosis de MTX, ofrezca: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una segunda dosis de Metrotrexate, si no existe contraindicación, ó ▪ Tratamiento quirúrgico. 			x

Manejo del Embarazo Ectópico

10. Al dar alta:

- Solicite β -HCG cuantitativa cada semana, hasta que se negativice.
- De consejería sobre Planificación Familiar. Inicie método si así lo decide la paciente.
- Recomiende intervalo intergénésico mayor de 6 meses.
- El seguimiento y control debe ser complementario entre el Ecos familiar y

Manejo del Embarazo Ectópico

11. Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico no-roto:			
<p>Extirpación por vía laparoscópica o laparotomía exploradora</p> <ul style="list-style-type: none">• Debe cumplir los siguientes criterios:• Ausencia de criterios clínicos que orienten a que el cuadro ha progresado a ruptura, tales como:<ul style="list-style-type: none">▪ Hay hipotensión ortostática▪ Paciente presenta dolor abdominal severo y persistente▪ Se observa caída de Hematocrito.○ Paciente que no cumple criterios de manejo farmacológico.○ Fracaso del tratamiento farmacológico:<ul style="list-style-type: none">▪ Cuando niveles de β-HCG no han descendido por lo menos un 15% entre el día 4 y 7 del tratamiento.▪ Cuando niveles de β-HCG se incrementan o hacen meseta, después de la primera semana de tratamiento.▪ En estos casos los mejores resultados se obtienen con manejo por laparotomía.○ Paciente que a pesar de haber aceptado manejo conservador, desista continuar con el mismo.• Manejo quirúrgico conservador: Cuando paciente desea conservar fertilidad, considere salpigostomía o salpingotomía.		x	x

Manejo del Embarazo Ectópico

12. Tratamiento del embarazo ectópico roto:

Manejo:

- Ingreso
- Nada por boca
- Signos vitales cada 15 minutos
- Restitución de líquidos según condición de la paciente.
- Solicite exámenes de laboratorio:
 - Tipo-Rh y prueba cruzada
 - Hemograma completo,
 - Pruebas de Coagulación: TP, TPT, TT, fibrinógeno, prueba del tubo
 - β -HCG cualitativa (aunque no haya amenorrea)
 - Si hay signos clínicos de shock hipovolémico (hipotensión, taquicardia, palidez, frialdad, confusión), de tratamiento inmediatamente.
- Solicite ultrasonografía pélvica (si el estado de la paciente lo permite).
Hallazgos:
 - cavidad uterina vacía.
 - Saco gestacional o masa extrauterina.
 - Puede observarse líquido libre en cavidad o en fondo de saco.

X

X

Manejo del Embarazo Ectópico

<ul style="list-style-type: none"> • Culdocentesis: Se debe realizar cuando no se cuenta con β-HCG cuantitativa ni Ultrasonografía y existe sospecha de EE roto. Procedimiento: Previa asepsia y antisepsia, puncione en fondo de saco posterior con aguja larga #18. Se considera (+) cuando se extrae sangre que no coagula. • Transfunda urgentemente de 2-4 Unidades de GR empacados. • Tratamiento quirúrgico inmediato: Laparotomía . Puede realizar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si embarazo es tubarlo: Salpingectomía o salpingo-oforectomía (únicamente si está comprometido el ovario). ○ Si paridad está satisfecha y paciente lo desea, puede realizar 			
<p>esterilización quirúrgica contralateral. Llene consentimiento informado, si condición de la paciente lo permite.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si embarazo es ovárico: Ooforectomía total o parcial. ○ Si embarazo es cornual: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salpingectomía + Resección cornual cuneiforme + reparo uterino ó ▪ Histerectomía. ○ Si embarazo es cervical: Histerectomía abdominal total. ○ Si embarazo es abdominal: Laparotomía con extracción del feto. Debe tenerse especial cuidado de NO lesionar los órganos en que pueda estar implantada la placenta (intestino, vejiga, hígado, grandes vasos, etc.). Debe dejarse la placenta in situ y dar tratamiento posterior con Metotrexate. ○ NO OLVIDE: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar lavado de la cavidad abdominal con Solución Salina Normal. ▪ Dejar drenos intraabdominales, si fuese necesario. 			
<p>Si el embarazo es heterotópico:</p>			
<p>El tratamiento deberá ser el menos invasor posible, a fin de preservar la viabilidad del embarazo intrauterino. Se deberá individualizar cada caso.</p>			x