

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento **DEL EMBARAZO ECTÓPICO** En mujeres de edad reproductiva en Segundo y Tercer Nivel de Atención.



Referencia Rapida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **ISSSTE-681-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE- 10: 0.00 Embarazo Ectópico
000.0 Embarazo Abdominal. 000.1 Embarazo Tubarico.
Aborto tubario, Embarazo Falopiano, Ruptura de oviducto o trompa (de Falopio)
debida a embarazos.
000.2 Embarazo Ovárico
000.8 Otros embarazos ectópicos: Cervical, cornual, intraligamentario, mural.
000.9 Embarazo ectópico no especificado.

DEFINICIONES

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

La localización más frecuente es en la trompa de falopio otras localizaciones menos habituales son el abdomen, el ovario, el cérvix, porción intersticial de la trompa de falopio y en cicatriz cesárea.

El heterotópico el cual es un suceso excepcional, es la combinación de un embarazo intra y otro extrauterino. El producto extrauterino casi siempre se pierde y el intrauterino llega a tener diversas complicaciones.

El embarazo de localización desconocida (PUL Pregnancy of Unknown Location) es un término aplicado a las mujeres con una prueba de embarazo positiva que no se tiene evidencia ya sea de un embarazo intrauterino o embarazo ectópico por ecografía transvaginal inicialmente, exige más pruebas diagnósticas y de seguimiento para lograr un diagnóstico final.

FACTORES DE RIESGO

Algunas mujeres con embarazo ectópico no tienen factores de riesgo identificables.

El conocimiento de los factores de riesgo ayudan a identificar a las mujeres con alto riesgo, para facilitar el diagnóstico temprano y preciso.

Dentro de los factores de riesgo para el embarazo ectópico (EE) se encuentra el daño en las trompas de falopio: por antecedente de cirugía tubárica, la cirugía pélvica (cesárea, ooforectomía), cirugía intestinal (apendicectomía). El mecanismo de daño no se conoce ya que se ha propuesto que además de la distorsión de la arquitectura tubárica, puede deberse a un efecto en el microambiente de la trompa.

La enfermedad inflamatoria pélvica comúnmente causada por Chlamydia trachomatis se ha relacionado con un 30 a 50% de todos los embarazos ectópicos.

El EE heterotópico es más común en las mujeres que asisten a clínicas de infertilidad, incluso en ausencia de enfermedad tubéutica. Además del uso de reproducción asistida, aumentan la tasa de los mismos. La fertilización in vitro se asocia con EE entre el 2 a 5% y puede ser mayor que ésta donde hay enfermedad tubéutica. El primer embarazo de las pacientes sometidas a fertilización in vitro es ectópico y el segundo es viable.

CUADRO CLÍNICO

La triada clínica clásica es sangrado transvaginal abundante, dolor abdominal (abdomen agudo) y amenorrea.

La manifestación clínica depende de la localización del embarazo ectópico, y su evolución no roto y roto, que van desde asintomática hasta abdomen agudo y shock hemorrágico.

El diagnóstico de la ruptura de las trompas es evidente cuando las pacientes están hemodinámicamente inestable.

Hemoperitoneo >300ml son tres parámetros predictivos: dolor pélvico espontáneo de moderado a severo, fluido por encima del fondo uterino o alrededor del ovario en la ecografía transvaginal y una baja concentración de hemoglobina <10g/dl. Cuando 2 o más criterios están presentes la probabilidad de hemoperitoneo > 300ml es indicador de ruptura.

En una paciente hemodinámicamente inestable, el tratamiento del embarazo ectópico debe ser más rápido, con arreglo a la disponibilidad de medios y al entrenamiento del cirujano. En la mayoría de los casos será la laparotomía (esterilidad general II).

Toda paciente con abdomen agudo por embarazo ectópico roto debe ser hospitalizada de inmediato, corregir la hipovolemia presente, y ser preparada para laparotomía exploradora.

DIAGNÓSTICO

En el 50% de los casos se puede llegar a establecer un diagnóstico con base en los hallazgos clínicos; en los demás casos es necesario apoyarse en exámenes paraclínicos.

La ecografía suele ser útil para confirmar la sospecha clínica de un embarazo ectópico y detecta la ubicación precisa de este.

La medición de los niveles séricos de B-HCG se debe utilizar conjuntamente con la ecografía transvaginal detectan embarazos ectópicos con una sensibilidad del 84% y una especificidad de 95%.

El diagnóstico de EE es la triada típica de síntomas sin embargo la presentación clínica puede ser confusa, un tercio de las pacientes no tienen signos clínicos y 9% no presentan síntomas.

La dosificación seriada de B-HCG. En los casos de embarazo intrauterino normal la concentración de la hormona se duplica aproximadamente cada 1,4-2,1 días, con un aumento mínimo de 66% en dos días. En los embarazos intrauterinos de mal pronóstico y en los ectópicos no se observa la progresión normal de la B-HCG.

Las determinaciones seriadas de B-HCG también indican el momento óptimo para realizar un ultrasonido transvaginal.

TRATAMIENTO

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

Tratamiento expectante (aproximadamente 25%) se recomienda en:

- La paciente hemodinámicamente estable,
- β -HCG inicial <1000 UI/ml y evolutivamente descendente,
- Escasa o nula cantidad de líquido libre en fondo de saco (< 100 cc),
- Masa anexial pequeña (<2 cm)
- Ausencia de embriocardia.

En nuestro medio no recomendamos tomar una conducta expectante, por el riesgo de hemorragia la cual pone en riesgo la vida de la paciente, debido al poco seguimiento ambulatorio de las pacientes.

TRATAMIENTO MÉDICO

El metotrexate tiene un efecto citotóxico sobre el tejido trofoblástico.

El diagnóstico temprano permite al clínico considerar opciones conservadoras, como el metotrexate.

Las indicaciones para el uso de metotrexate son:

- Paciente hemodinámicamente estable
- Sangrado transvaginal leve
- Sin dolor o con dolor leve
- Ausencia de hemoperitoneo
- Determinación de B-HCG cuantitativa (6,000 – 15,000mUI/L)
- Ultrasonografía: masa ectópica con diámetro de 40mm.
- Pruebas hematológicas, hepáticas y renales sin alteraciones.

Indicaciones absolutas: deseo de futura fertilidad, diagnóstico no laparoscópico, paciente dispuesta a volver para seguimiento, riesgos con la anestesia, sin contraindicaciones para el metotrexate.

DIAGRAMA DE FLUJO 1.

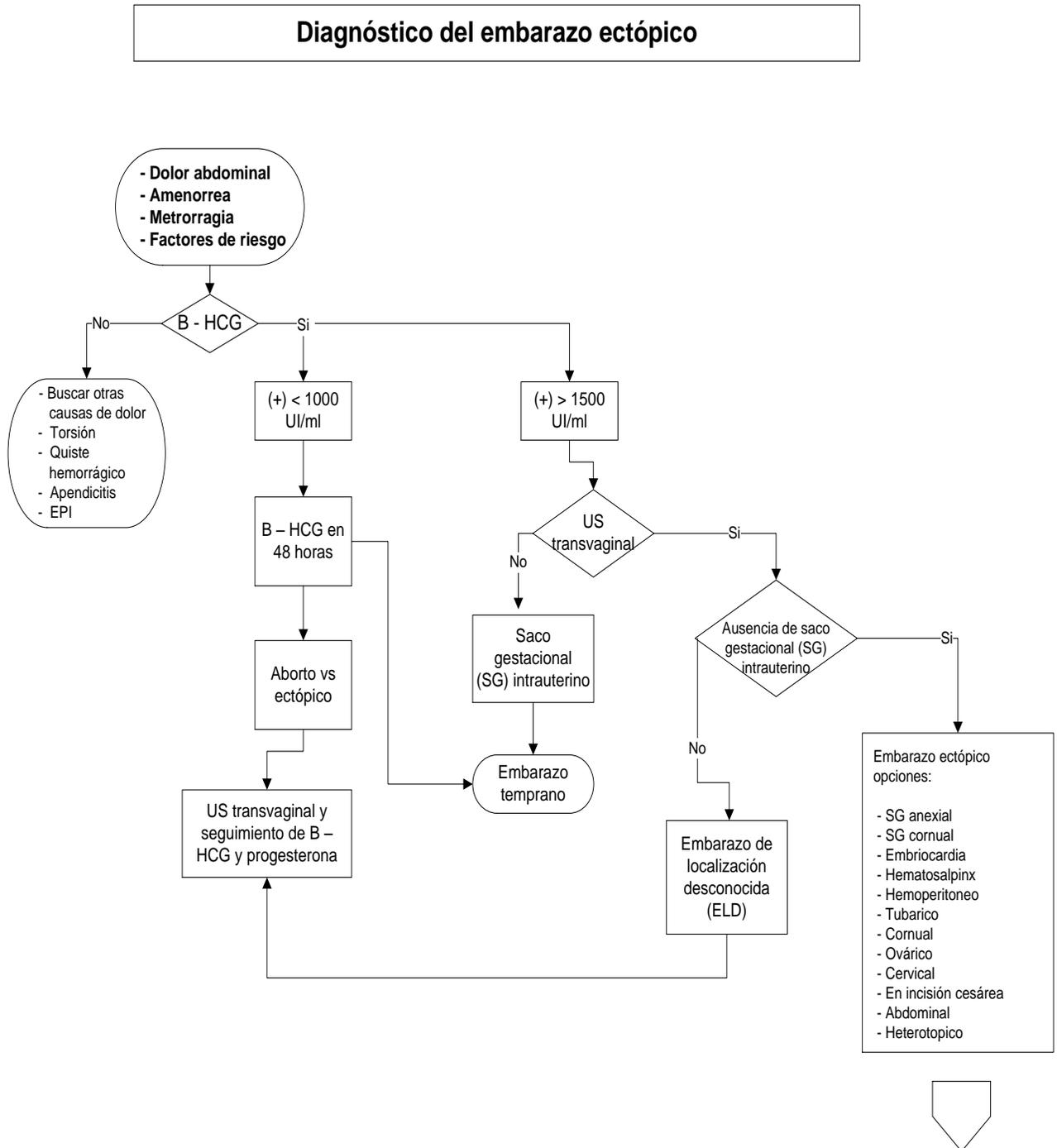


DIAGRAMA DE FLUJO 2.

Diagnóstico y manejo del embarazo de localización desconocida

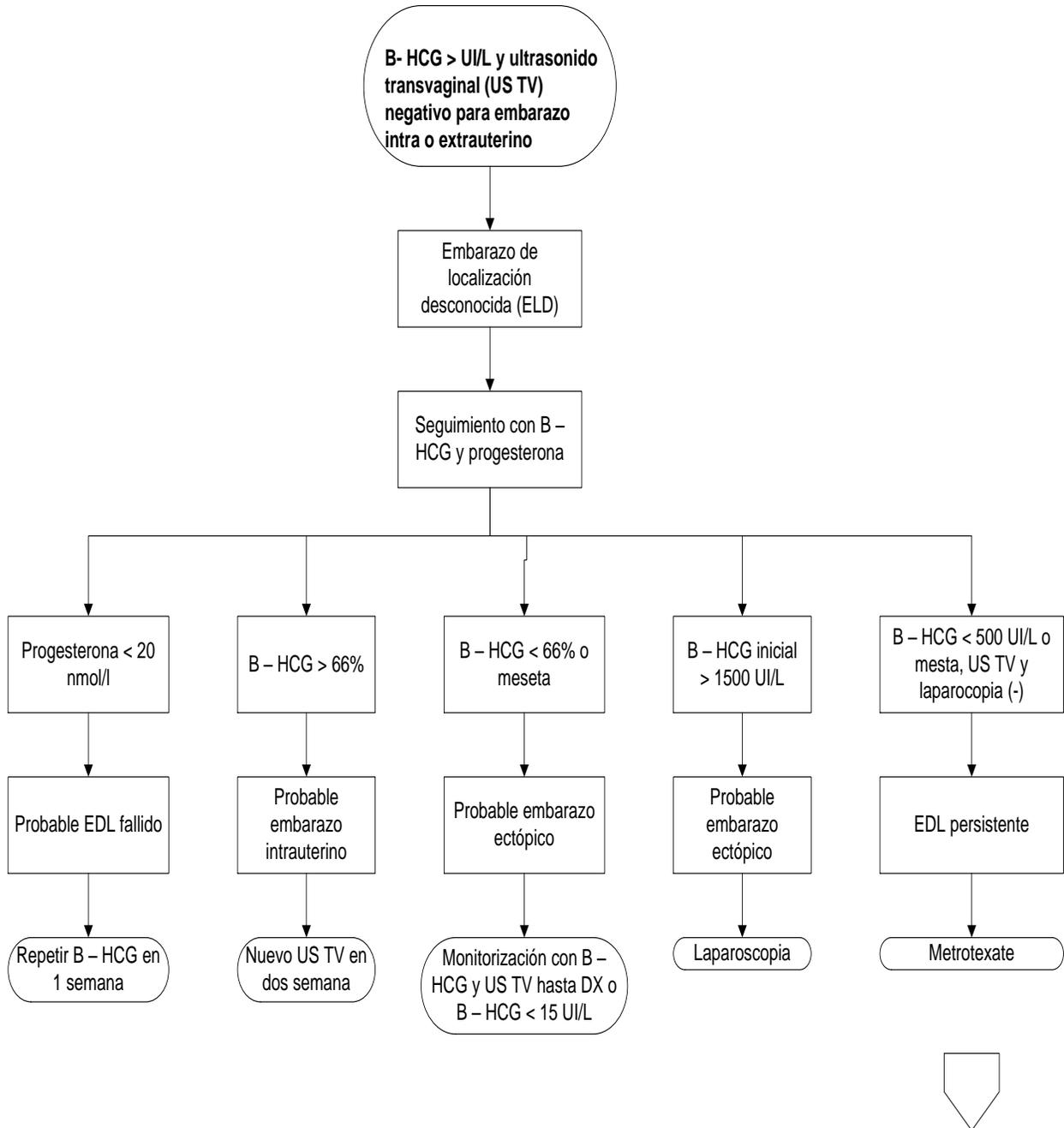


DIAGRAMA DE FLUJO 3.

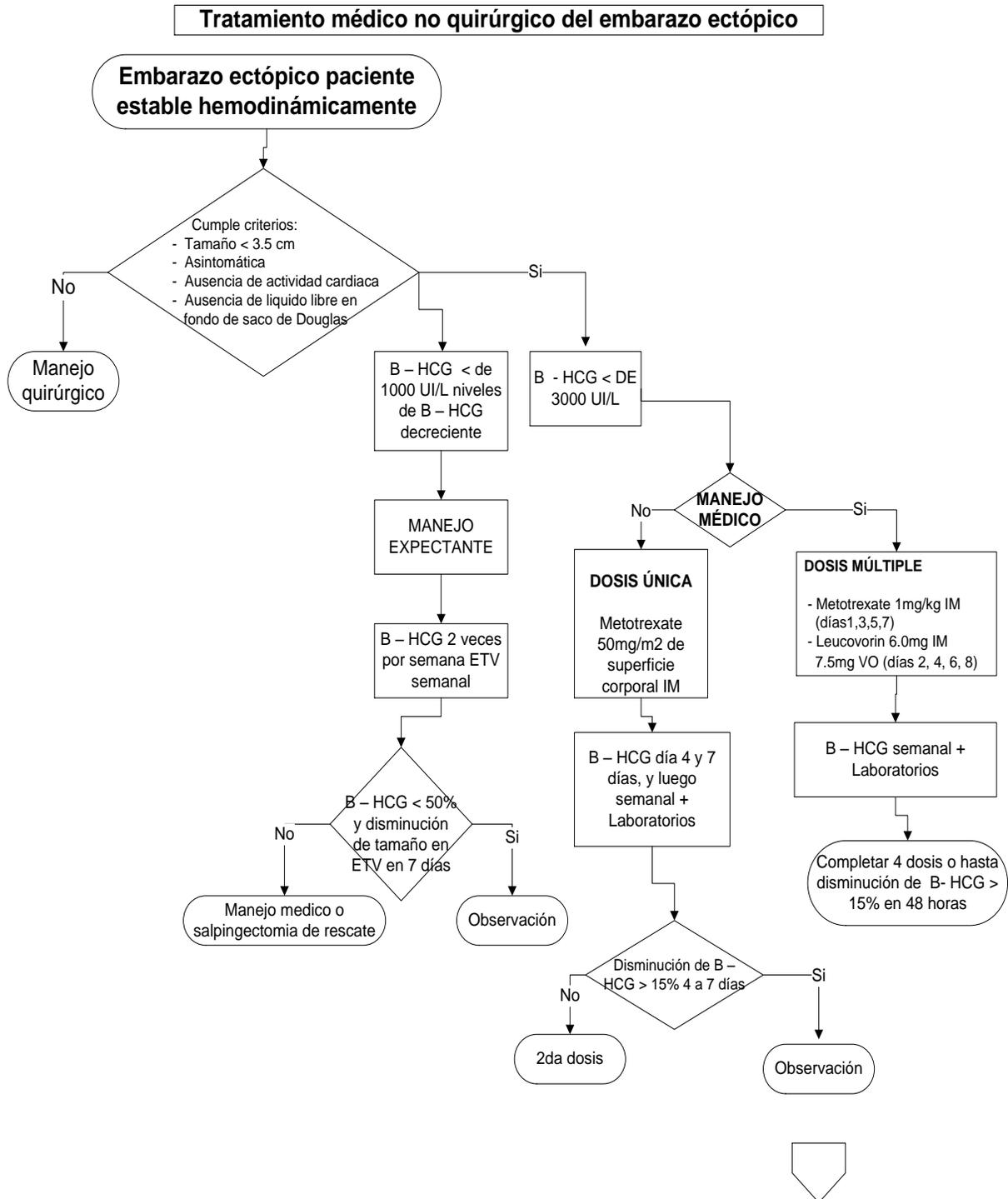


DIAGRAMA DE FLUJO 4.

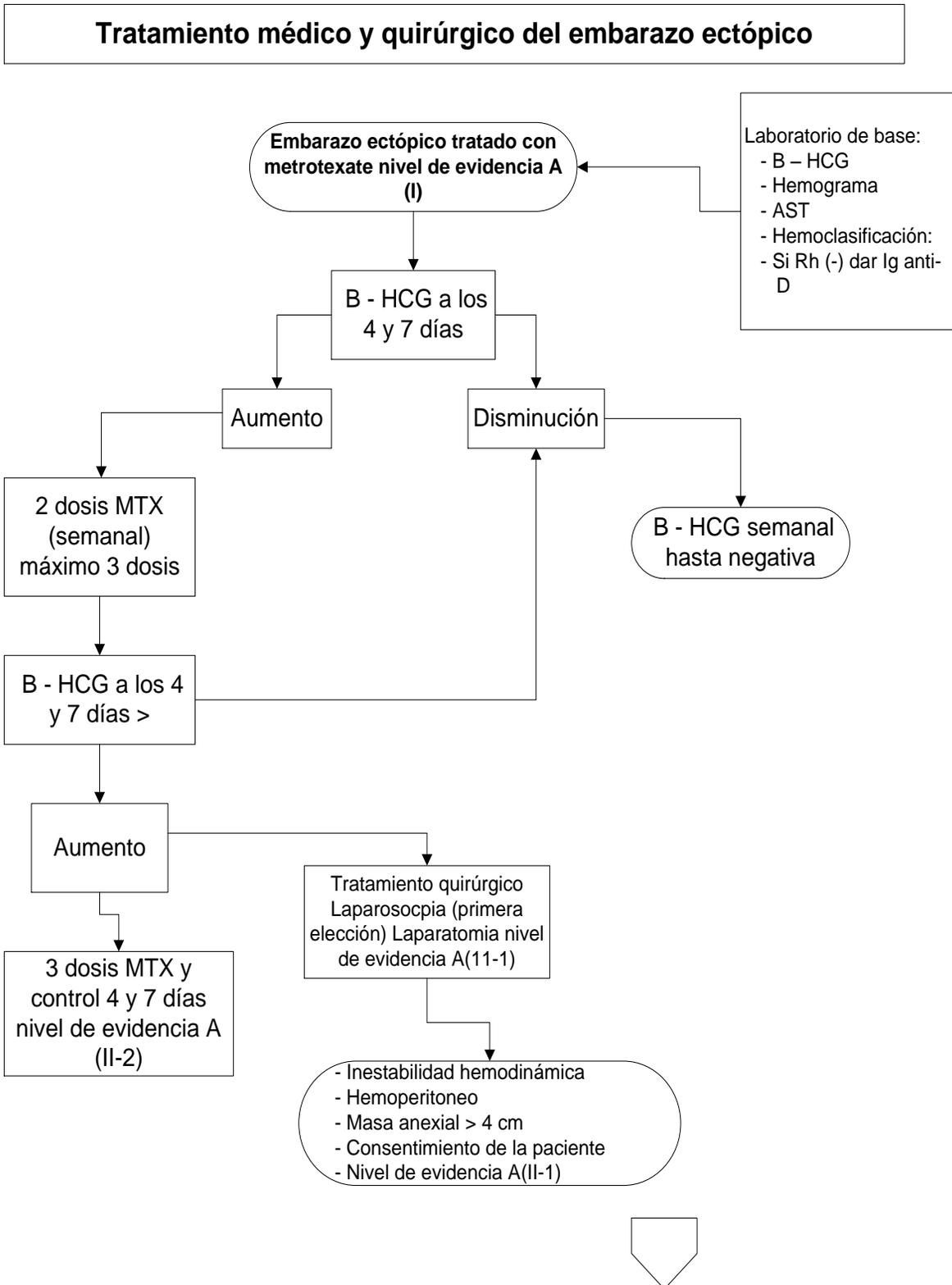


DIAGRAMA DE FLUJO 5.

