



| | | |
|---|--|---------------------|
|  | Hospital Claudio Vicuña Embarazo Ectópico | Código: GD 84 |
| | | Edición: Primera |
| | | Página: 1 de 7 |
| | | Fecha: octubre 2022 |


Embarazo Ectópico

| | | |
|---|--|--|
| <p>Elaborado por:</p> <p>Afonso Fuentes L. Jefe Servicio Ginecología</p> <p><i>DR. JUAN RIQUELME PEREIRA</i> RUN: 12.033.505-7 Ginecología-Obstetricia RCM 21736-0</p> <p>Fecha: Octubre 2022</p> | <p>Revisado por:</p> <p><i>Juan Riquelme Pereira</i> Jefe Servicio Ginecología RCM 21736-0</p> <p>Javier Muñoz S. Jefe UEGO</p> <p><i>Carmen Molina E.</i> Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Dr. Manuel Silva G. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Fecha: Octubre 2022</p> | <p>Aprobado por:</p> <p>Ximena Parada D. Subdirección de Gestión Asistencial</p> <p>Fecha: Octubre 2022</p> |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|---------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SANTO ANTONIO | Hospital Claudio Vicuña Embarazo Ectópico | Código: GD 84 |
| | | Edición: Primera |
| | | Página: 2 de 7 |
| | | Fecha: octubre 2022 |

Índice

| Ítem | Contenido | Página |
|-------|------------------------------------|--------|
| 1. | Objetivo | 3 |
| 2. | Alcance | 3 |
| 3. | Documentos relacionados | 3 |
| 4. | Responsable/s | 3 |
| 5. | Definiciones | 3 |
| 6. | Desarrollo | 3 |
| 6.1 | Diagnóstico | 3 |
| 6.1.1 | Estimación clínica | 3 |
| 6.1.2 | Determinación beta HCG | 4 |
| 6.1.3 | Ultrasonido diagnóstico | 4 |
| 6.2 | Tratamiento | 4 |
| 6.2.1 | Tratamiento médico expectante | 4 |
| 6.2.2 | Tratamiento médico con metrotexato | 5 |
| 6.2.3 | Tratamiento Quirúrgico | 6 |
| 6.3 | Manejo Interno | 6 |
| 7. | Flujograma | 6 |
| 8. | Distribución | 6 |
| 9. | Anexos | 7 |
| 10. | Formulario de control de cambio | 7 |

| | | | |
|---|--|------------------|---------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SANTO ANTONIO | Hospital Claudio Vicuña Embarazo Ectópico | Código: GD 84 | |
| | | Edición: Primera | |
| | | | Página: 3 de 7 |
| | | | Fecha: octubre 2022 |

1. Objetivo

Establecer metodología standard para la aproximación diagnóstica y posterior tratamiento del embarazo ectópico.

2. Alcance.

Este protocolo será aplicado a toda paciente con sospecha diagnóstica de embarazo ectópico tubario.

3. Documentos relacionados

- Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Rev Chil Obst Ginecol 2020; 85(6): 697–708. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario.
- APQ 1.3 Protocolo Manejo Medicamentos Citostáticos

4. Responsables

| Responsable | Función |
|--------------------------------------|--|
| Jefatura de Servicio y Jefatura UEGO | Velar por el cumplimiento de este protocolo. |
| Médicos del Servicio | Cumplir con los lineamientos presentados en este protocolo |

5. Definiciones

- **Embarazo ectópico (EE):** aquel embarazo localizado fuera de la cavidad endometrial, usualmente en las trompas uterinas (97%). Corresponde a una condición potencialmente mortal con una incidencia del 1 a 2% de los embarazos.
- **Embarazo ectópico tubario:** aquel embarazo localizado fuera de la cavidad endometrial, en las trompas uterinas.

6. Desarrollo

6.1 Diagnóstico

El estudio de esta Patología radica en tres pilares básicos los que en conjunto permiten un adecuado diagnóstico y enfrentamiento terapéutico:

6.1.1 Estimación clínica: destaca la tríada característica de dolor, sangrado y palpación de masa anexial que, sin embargo, puede llegar a ser un diagnóstico tardío por lo que se recurre a los exámenes complementarios.

6.1.2 Determinación de betaHCG: El estudio de beta HCG, hormona producida por el

sincitiotrofoblasto resulta de fundamental importancia en el manejo de la enfermedad. Existen curvas de ascenso de beta hcg (Tabla 1) que demuestran las cifras de elevación a aproximadamente el doble cada 48h., siendo un factor importante la elevación de las cifras bajo niveles establecidos constituyendo así un factor relevante en el manejo del EE. De la misma manera, los valores de esta hormona podrán ser determinantes en manejo médico o quirúrgico.

Se define como **valor de discriminación** aquel en que debe visualizarse estructuras embrionarias intrauterinas que en nuestro servicio se ha fijado en 2000UI/mL. Esto significa que encontrar cifras de 2000UI/mL o más sin hallazgos compatibles con gestación intrauterina, hacen sospechar fuertemente el diagnóstico de EE.

Tabla 1. Porcentaje mínimo en que debe aumentar la b-hCG en sangre en un intervalo de 5 días, independiente del valor de b-hCG inicial, en un embarazo intrauterino normal, según Kandar N, et al, 1981, modificado al español.

| Días de intervalo | Porcentaje de aumento de hCG |
|-------------------|------------------------------|
| 1 | 29% |
| 2 | 66% |
| 3 | 114% |
| 4 | 175% |
| 5 | 255% |

hCG = gonadotropina coriónica humana


Tomado de: Rivera C. *et al.*, 2020

6.1.3 Ultrasonido diagnóstico: Finalmente, el estudio ultrasonográfico ginecológico resulta fundamental en el enfrentamiento diagnóstico y terapéutico para establecer conducta ante la paciente.

6.2 Tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico de EE, se debe elegir un tratamiento que puede ser médico (expectante o uso de metrotexato) o quirúrgico (laparoscopia o laparotomía). La elección de uno u otro tratamiento posee muchas variables a considerar ya sea clínicas, basadas en mediciones de Beta HCG y en criterios ultrasonográficos.

6.2.1 Tratamiento médico expectante: puede ser ofrecido a pacientes hemodinámicamente estables, susceptibles de seguimiento, que entiendan el método ofrecido y firmen consentimiento informado. Deben realizarse mediciones de subunidad beta HCG menor o igual a 1500UI/mL, ecografía con diagnóstico claro con EE menor a 35 mm y ausencia de LCF y líquido libre en el fondo de saco de Douglas. Debe realizarse seguimiento clínico y con marcador a los 0-4-7 días esperando un descenso de 15% o más en las mediciones (realizadas en el mismo laboratorio). Si se alcanza este valor, se debe seguir en forma semanal hasta negativización.

| | | |
|---|-------------------------|---------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SANTO DOMINGO | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 84 |
| | Embarazo Ectópico | Edición: Primera |
| | | Página: 5 de 7 |
| | | Fecha: octubre 2022 |

6.2.2 Tratamiento médico con metrotexato: puede ofrecerse a pacientes que cursen con beta HCG entre valores 1500 a 5000 UI/mL manteniendo los criterios descritos para manejo expectante. En caso de elegir este método, la paciente debe realizarse exámenes de chequeo sanguíneo, hepático, renal y en caso de antecedentes de enfermedad pulmonar, debe tomarse radiografía de tórax. Se debe realizar consentimiento informado y protocolo de uso de MTX. En tabla 2, se detallan contraindicaciones de uso del fármaco y dosis recomendadas. Se puede realizar esquemas de dosis única o múltiple (tabla 3). En este servicio se usa MTX dosis i.m. (50 mg/kg m2).

El seguimiento se realiza con mediciones seriadas de beta HCG en días 0-4-7 días con el objetivo de lograr un descenso mayor o igual a 15% entre días 4 y 7. Es posible de aplicar una segunda dosis en caso de no lograr lo propuesto (15 a 20 % de las pacientes).

En caso de lograr objetivo, se realiza seguimiento semanal hasta negativización de marcador (alrededor de semana 6).

Tabla 2. Contraindicaciones al uso de MTX según American Society for reproductive medicine, modificado al español

| Contraindicaciones Absolutas | Contraindicaciones Relativas |
|---|---|
| - Embarazo intrauterino | - LCF (+) detectados en US transvaginal |
| - Evidencia de inmunodeficiencia | - Concentración inicial elevada de b-hCG (>5000 mUI/ml) |
| - Anemia moderada o severa, leucopenia, o trombocitopenia | - Embarazo ectópico > 4 cm en US transvaginal |
| - Sensibilidad a MTX | - Paciente que se rehusa a aceptar transfusiones sanguíneas |
| - Enfermedad pulmonar activa | - Paciente no capaz de mantener seguimiento. |
| - Úlcera Péptica activa | |
| - Disfunción hepática clínica importante | |
| - Disfunción renal clínica importante | |
| - Lactancia | |
| - Embarazo ectópico roto | |
| - Paciente hemodinámicamente inestable | |

Nota: MTX = metotrexato, LCF = latidos cardiacos fetales, US = ultrasonografía


Tomado de: Rivera C. *et al.*, 2020

Tabla 3. Protocolo de tratamiento con MTX en dosis única según American Society for Reproductive Medicine, modificado al español.

| Día de tratamiento | Evaluación de laboratorio | Intervención |
|-----------------------|--|---|
| Previo al tratamiento | bHCG, RCC con diferencial, pruebas hepáticas, creatinina, Grupo sanguíneo y Rh | Descartar aborto espontáneo Rhogam si es Rh negativo |
| 1 | bHCG | MTX 50 mg/m ² IM |
| 4 | bHCG | |
| 7 | bHCG | MTX 50 mg/m ² IM si bHCG disminuye <15% entre días 4 y 7 |

Nota: RCC = recuento celular completo; MTX = metotrexato; IM = intramuscular

Tomado de: Rivera C. *et al.*, 2020

| | | |
|---|-------------------------|---------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SANTO ANTONIO | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 84 |
| | | Edición: Primera |
| | Embarazo Ectópico | Página: 6 de 7 |
| | | Fecha: octubre 2022 |

6.2.3 El tratamiento quirúrgico: se debe plantear ante inestabilidad hemodinámica, tumor anexial mayor a 35 mm de diámetro, LCF en la trompa, imposibilidad de seguimiento, alguna contraindicación al tratamiento médico, embarazo heterotópico.

Es preferible un abordaje laparoscópico ante una laparotomía tema que debe evaluarse caso a caso dependiendo de expertiz de equipo quirúrgico, disponibilidad de recursos y posibilidad anestésica de realizar laparoscopia.

En aquellos casos en que se ha planteado la cirugía, ésta puede considerar la realización de salpingectomía o salpingostomía, técnicas que ofrecen diferentes resultados como tasa post procedimiento de embarazo intrauterino de 61% con salpingostomía v/s 56.2 con salpingectomía y tasa de recurrencia de EE de 8% de salpingostomía v/s 5% en salpingectomía similares tanto en laparatomía como laparoscopia.

Debe efectuarse seguimiento con marcador betaHCG hasta la negativización y cabe destacar que si la trompa contralateral se aprecia sana y sin factores de reducción de la fertilidad, independiente de la técnica usada, la probabilidad de embarazo intrauterino futuro es cerca de un 90%.

Se recomienda el uso de inmunoglobulina Rh (ROGHAM) en una dosis de 250UI en pacientes Rh (D) negativas que sean sometidas a tratamiento médico o quirúrgico.


6.3 Manejo Interno

- Toda paciente que tenga diagnóstico de EE será controlada en CAE en donde se realizará seguimiento de cada caso.
- Una vez atendida en urgencia, la paciente puede ser intervenida de urgencia o mantener conducta no quirúrgica para lo cual existe un registro por escrito en Unidad de recepción de nuestro servicio el cual debe ser completado por equipo de urgencia.
- En caso de ser hospitalizada, la paciente llevará este registro en ficha clínica.
- En caso de ser tratada en forma ambulatoria, dicho registro quedará en archivador de urgencia y la paciente tendrá acceso a atención preferencial por equipo designado para estos efectos con la constancia de atención DAU (Drs. Castro-Fuentes) lo cual está en conocimiento de equipo matronería CAE.
- Existirá una planilla compartida en donde se verterán todos los datos de este tipo de pacientes. (Ginecología cuarto piso, CAE, UEGO).

7. Flujoograma: N/A

8. Distribución

- Gestión del cuidado Matronería
- CC Urgencia gineco-obstetra
- CC Obstetricia

| | | |
|---|-------------------------|---------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SANTO ANTONIO | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 84 |
| | | Edición: Primera |
| | Embarazo Ectópico | Página: 7 de 7 |
| | | Fecha: octubre 2022 |

9. Anexos

Anexo 1. Tabla que muestra factores de riesgo de EE

| Grado de Riesgo | Factores de Riesgo | Odds Ratio |
|---|--|---|
| Alto | Embarazo Ectópico previo | 2.7 a 8.3 |
| | Cirugía tubaria previa | 2.1 a 21 |
| | Patología tubaria previa | 3.5 a 25 |
| | Ligadura de trompas | 5.2 a 19 |
| | Uso de DIU | |
| | - Pasado | 1.7 |
| | - Actual | 4.2 a 16.4 |
| | - DIU de Levonorgestrel | 4.9 |
| | Fertilización in vitro en embarazo actual | 4.0 a 9.3 |
| | Moderado | Uso actual de Anticonceptivos orales con estrógeno/progestina |
| Infección de transmisión sexual previa (Gonorrea, Clamidia) | | 2.8 a 3.7 |
| Proceso inflamatorio pélvico previo | | 2.5 a 3.4 |
| Exposición a DES en el útero | | 3.7 |
| Consumo de Tabaco | | |
| - Pasado | | 1.5 a 2.5 |
| - Actual | | 1.7 a 3.9 |
| Cirugía pélvica/abdominal previa | | 4.0 |
| Aborto espontáneo previo | 3.0 | |
| Leve | Aborto inducido medicamente previo | 2.8 |
| | Infertilidad | 2.1 a 2.7 |
| | Edad > 40 años | 2.9 |
| | Uso de ducha vaginal | 1.1 a 3.1 |
| | Inicio precoz de la actividad coital (< 18 años) | 1.6 |
| | Apendicetomía previa | 1.6 |

Nota: DIU = dispositivo intrauterino, DES = dietilestilbestrol

Tomado de: Rivera C. *et al.*, 2020

10. Formulario de control de cambios

| Número de edición | Cambios | Fecha | Firma |
|-------------------|---------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |