MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSE CASIMIRO ULLOA"

Nº 013 -2018-DG-HEJCU

Resolución Directoral

Miraflores, 18 de enero de 2018

VISTO:

El Expediente N° 17-019103-001, que contiene el Informe Nº 248-2017-OGC-HEJCU, el Informe Nº 003-2018-EPO-OEPP-HEJCU y Memorando Nº 008-2018-OEPP-HEJCU,y;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 - "Ley General de Salud", señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo Nº 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que (...) *es función rectora del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de recursos del sector; así como como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia* (...);

Que, el literal a) del artículo 7º de la precitada Ley, establece que (...) *en el marco de sus competencias, del Ministerio de Salud cumple con la función específica de regular la organización y prestación de los servicios de salud* (...);

Que, el artículo 57 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con el Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, dispone que para desarrollar sus actividades los establecimientos de salud con internamiento deben contar con los documentos técnicos normativos y guías de práctica clínica;

Que, el artículo 41 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 023-2005-SA, establece que la Dirección General de Salud de las personas, es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 302-2015/MINSA, se aprueba la Norma Técnica Nº 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 414-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica" del Ministerio de Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/2016, de fecha 28 de octubre del 2016, se aprobó la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos Normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes, del mismo modo, establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas;

Que, mediante Informe Nº 248-2017-OGC-HEJCU, de fecha 27 de diciembre del 2017, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita a Dirección General de este nosocomio la revisión y aprobación de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Embarazo Ectópico;

Que, mediante Informe Nº 003-2018-EPO-OEPP-HEJCU, de fecha 08 de enero del 2018, expedido por el Coordinador del Equipo Planeamiento y Organización, dirigido al Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, quien manifiesta que el referido manual se ha estructurado teniendo en cuenta las normas vigentes respecto a la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud y que por lo tanto no presenta inconsistencias que impidan continuar con el trámite de su aprobación correspondiente, emitiendo su opinión favorable;

Que, mediante Memorando Nº 008-2018-OEPP-HEJCU, de fecha 09 de enero del 2018, expedido por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, dirigido a la Oficina de Asesoría Jurídica, invocando el documento de gestión; en ese sentido, resulta necesario contar con la Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Embarazo Ectópico, expidiéndose el acto resolutivo correspondiente;

Estando con las visaciones del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa";

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" aprobado por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA y la Resolución Ministerial N° 621-2017/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- Aprobar la Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Embarazo Ectópico del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", cuyo anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR, a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión de la mencionada normatividad.

ARTÍCULO 3.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones publique en el Portal Institucional la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y cúmplase

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

Dr ENRIQUE GUTIERREZ YOZA
Director General
CMP 39677 RNE 17560

EEGY/JCCF/SEEV/LCD/rgl
Distribución:
C.c:
Of. De Planeamiento y Presupuesto
Of. De Gestión de la Calidad
Of. Of. de Asesoría Jurídica
Of. de Comunicaciones
Interesados

Ex: 17-019103-001

PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto

"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

MEMORANDO N° 008-2018-OEPP-HEJCU

A	: Abog. Luis Corrales Dolmos Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica
ASUNTO	: Guía de Practica Clínica para el Manejo del Embarazo Ectópico.
REFERENCIA	: Informe N° 003-2018-EPO-OEPP-HEJCU
EXP.	: 17-019103-001
FECHA	: 09 de enero del 2018

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y en atención al rubro del asunto, se traslada el Informe de la Referencia para continuar con los trámites correspondientes hasta su aprobación mediante Acto Resolutivo.

Atentamente.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
CPC. Julio César Carrasco Feliciano
Mat. 25358
DIRECTOR EJECUTIVO
OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA
0417 09 ENE. 2018
RECIBIDO
HORA

JCCF/laf
C.c.
Archivo

Exp: 17-019103-001

PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA"	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

INFORME Nº 003-2018-EPO-OEPP-HEJCU

A	: **CPC Julio César Carrasco Feliciano** Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto
ASUNTO	: Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Embarazo E ctópico
REFERENCIA	: **Informe N°248-2018-OGC-HEJCU**
Expediente	: 17-019103-001
FECHA	: Miraflores, 08 de enero de 2018

Tengo a bien dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y con respecto al asunto de la referencia informar a su Despacho, lo siguiente:

I. ANTECEDENTES:

Informe N° 248-2017-OGC-HEJCU, de fecha 27 de diciembre de 2017.

II. ANALISIS:

2.1 Mediante Informe N° 248-2017-OGC-HEJCU de fecha 27 de diciembre de 2017, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el Proyecto de la "Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Embarazo Ectópico", para su revisión y aprobación con RD.

2.2 Al respecto el Equipo de Planeamiento y Organización, ha revisado el Proyecto de la "Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Embarazo Ectópico", encontrando que su estructura se adecua al anexo N° 16 del documento técnico, "Metodología para la Elaboración de Guías de Prácticas Clínicas"

2.3 Su estructura cumplen con la estructura establecida en la normatividad vigente aprobado mediante Resolución Ministerial N° 414-2015-MINSA que aprueba el documento técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Prácticas Clínicas", en tal sentido se emite **Opinión Técnica Favorable**.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Por lo expuesto, el Equipo de Planeamiento y Organización, informa a su Despacho, que la "Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Embarazo Ectópico" del HEJCU, emite opinión favorable respecto a la estructura, recomendando proseguir con los trámites de revisión y aprobación ante las instancias correspondientes conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

3.2 Así mismo, se recomienda elevar el presente Informe y expediente, a la Oficina de Asesoría Jurídica a fin de que continúe con los trámites correspondientes hasta su aprobación mediante Acto Resolutivo.

Es todo cuanto tengo que informar a usted, para los fines pertinentes.

Atentamente,

.....

CESAR TAPIA GIL

Equipo de Planeamiento y Organización

CATG/laf.

Cc.: Archivo

10:07 am

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA"

09 ENE. 2018

RECIBIDO

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

EXP: 17-019103-001

Hospital De Emergencias "JOSÉ CASIMIRO ULLOA"
TRAMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
03 ENE. 2018
HORA: 9:28
LA RECEPCIÓN DE ESTE DOCUMENTO NO ES SEÑAL DE CONFORMIDAD

INFORME No. 248– 2017-OGC-HEJCU

A	:	**Dr. ENRIQUE ELADIO GUIERREZ YOZA** Director General del HEJCU
ASUNTO	:	**Se remite Guía de Practica Clinica para el Manejo del Embarazo Ectópico**
FECHA	:	27 de diciembre de 2017

Me es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y remitirle adjunto la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO**, para su revisión, y aprobación con Resolución Directoral.

Agradezco anticipadamente su gestión.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa"
Dra. SONIA ESCUDERO VIDAL
Jefe de la Oficina Gestión de la Calidad

Archivo

HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSE CASIMIRO ULLOA"
04 ENE. 2018
RECIBIDO
OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

Perú-2017, Diciembre.

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Guía de práctica clínica: Manejo de Embarazo Ectópico
Lima: HEJCU, 2017.
34 p. : 21 x 29.7 cm.
1. EMBARAZO ECTÓPICO 2. MANEJO 3. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

ISBN -
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2017-

© Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa
Av. Roosevelt N° 6355-6375, Miraflores, Lima, Perú
Teléfono: (511) 204-0900
Correo electrónico: webmaster@hejcu.gob.pe
Página Web: www.hejcu.gob.pe

INDICE

I. Generalidades

- Presentación del problema y fundamentos para la realización de la Guía — pag. 5
- Conformación del GEG — pag. 5
- Siglas y acrónimos — pag. 7
- Declaración de conflictos de interés — pag. 7-10
- Antecedentes — pag. 10

II. Métodos

- Alcance y objetivos de la GPC — pag. 11
- Ámbito asistencial — pag. 11
- Formulación de las preguntas — pag. 12
- Identificación de desenlaces — pag. 12
- Búsqueda de la evidencia — pag. 13
- Revisión y síntesis de la evidencia identificada — pag. 13
- Graduación de la evidencia — pag. 13
- Formulación de las recomendaciones — pag. 14
- Revisión Externa — pag. 15

III. Resumen de la Guía de Práctica Clínica

- Flujogramas del manejo del problema — pag. 16
- Lista completa de recomendaciones — pag. 16

IV. Desarrollo de las Preguntas y Recomendaciones Basadas en la Evidencia

a. Factores de Riesgo y Prevención — pag. 17-18

- Conceptos generales /específicos.
- Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada.
- Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE.
- Recomendaciones.

b. Diagnóstico — pag. 18-21

- Conceptos generales/específicos.
- Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada.
- Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE.
- Recomendaciones.

c. Tratamiento — pag. 22-28

- Conceptos generales /específicos.
- Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada.
- Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE.
- Recomendaciones

OFICINA ASESORÍA JURÍDICA H.E.J.C.U.

d. Monitoreo y Seguimiento del Paciente pag. 28-29
- Conceptos generales /específicos.
- Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada.
- Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE.
- Recomendaciones

V. Plan para actualización de la GPC pag. 30
VI. Plan para evaluación y monitoreo de la GPC pag. 30
VII. Referencias pag. 31-32
VIII. Glosario pag. 33
IX. Anexos pag. 34

OFICINA ASESORIA JURIDICA H.E.J.C.U.

Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa Oficina de Gestión de la Calidad

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

I. GENERALIDADES:

I.1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA:

El embarazo ectópico ocurre en 1.6 - 2,0% de todos los embarazos. Debido al potencial de complicaciones, todos los médicos deben pensar en el diagnóstico en aquellas pacientes en edad reproductiva con dolor abdominal o sangrado vaginal. Las estrategias diagnósticas se basan en pruebas de determinación de la hormona gonadotropina coriónica (HCG) para establecer el diagnóstico de embarazo. La ausencia de esta, fundamental para el embarazo, es generalmente muy útil para su descarte, pero es necesario recalcar que existen casos de embarazos ectópicos con HCG negativa.

Además, el embarazo ectópico se posiciona como la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación, siendo responsable del 9% de los fallecimientos durante este periodo. La frecuencia de esta patología ha ido aumentado en los últimos 30 años de un 0,5% en la década de los 70 al 2% en la actualidad. Las posibles causas que se atribuyen al aumento del embarazo ectópico es que hay una mayor proporción de embarazos ectópicos que se diagnostican, y al aumento también de una serie de factores de riesgo, entre ellos: el aumento del número de pacientes que se sometan a técnicas de reproducción asistida, el empleo de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino, el aumento de la enfermedad inflamatoria pélvica, pacientes con embarazos ectópicos previos, pacientes con cirugía abdominal previa: especialmente tubárica, esterilidad, endometriosis, y/o tabaquismo, entre otros.

Por lo tanto, el embarazo ectópico es una patología de alto riesgo, clasificada como Prioridad II, por lo cual, la estandarización de la atención sanitaria a través de una Guía de Práctica Clínica, para el diagnóstico y manejo precoz contribuiría a evitar complicaciones que pongan en riesgo la vida de la mujer.

I.2. CONFORMACIÓN DEL GRUPO ELABORADOR:

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, conocedor de la actual problemática de salud, donde los errores médicos se consolidan como la tercera causa de muerte y de su causa básica: la variabilidad de la práctica clínica; surge la necesidad de estandarizar la práctica clínica a través de documentos informativos que brinden directrices con la finalidad de orientar al profesional de la salud hacia la mejor práctica clínica basada en la mejor evidencia disponible, en este contexto se conformó el Comité de Guías de Práctica Clínica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, con la finalidad de liderar el proceso de desarrollo de Tecnologías Sanitarias de la Información, el mismo que está conformado por los siguientes profesionales y funcionarios:

N°	Nombres:	Cargo:
01	M.C. Enrique Eladio Gutiérrez Yoza	Director General (e)

02	M.C. Jorge Luis Herrera Quispe	Médico Intensivista – Jefe del Departamento de Medicina
03	Dra. Ana Luisa Salazar Tuppia	Médica Pediatra– Jefe del Servicio de Pediatría
04	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Médica Anestesióloga– Jefe de la Oficina de Calidad
05	M.C. Ricardo Tomás Alarcón Gutiérrez	Médico Cirujano General- Representante de Cirugía
06	M.C. Hugo Alexis Moreno Ascencios	Médico Traumatólogo- Representante de Traumatología
07	M.C. Miguel Humberto Anduaga Muñoz	Médico Anestesiólogo- Representante de Anestesiología
08	M.C. Nadja Paola Málaga Guerra	Médico Anestesiólogo- Representante de Anestesiología
09	M.C. Víctor Harold Córdova Castillo	Médico Neurocirujano- Representante de Neurocirugía

El grupo elaborador de la GPC se encuentra conformado por:

N°	Nombres:	Cargo:
01	M.C. Luis Enrique Arévalo Hernández	Médico Gíneco Obstetra – Departamento de Cirugía- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
02	M.C. Johana Silva Pacheco	Médico Gíneco Obstetra – Departamento de Cirugía- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
03	M.C. Yannett Angélica Reaño Robles	Médico Gíneco Obstetra – Departamento de Cirugía- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
04	M.C. Nemesio Soca Gutierrez	Médico Gíneco Obstetra – Departamento de Cirugía- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
05	M.C. Jorge Arévalo Gómez	Médico Gíneco Obstetra – Departamento de Cirugía- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
06	M.C. Wilma Jhannet Miranda Medina	Médico Gíneco Obstetra – Departamento de Cirugía- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
07	M.C. Ana Luisa Salazar Tuppia	Médico Pediatra – Departamento de Medicina- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
08	M.C. Pablo Gerardo Arredondo Manrique	Médico Cirujano General – Departamento de Cirugía- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
09	M.C. María del Pilar Aguirre Calderón	Médico Internista – Departamento de Cirugía- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
10	M.C. Carolina Castilla Montes	Médico Esp. Tecnologías Sanitarias de la Información- Oficina de Gestión de Calidad
11	Lic. Cecilia Hurtado Holfer	Licenciada de Enfermería – Departamento de Enfermería- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

El grupo revisor de la GPC se encuentra conformado por:

N°	Nombres:	Cargo:
01	Dr. Alfredo Alonso Celis López	Médico Gíneco Obstetra – Clínica Angloamericana.
02	Dr. Sixto Sánchez Calderón	Médico Gíneco Obstetra – Hospital Nacional Dos de Mayo.
03	M.C. Jorge Uchuya Gómez	Médico Epidemiólogo- MINSA

I.3. SIGLAS Y ACRÓNIMOS:

- AGREE II: Herramienta metodológica para evaluación del rigor metodológico de las guías de práctica clínica.
- AMSTAR: Herramienta metodológica para evaluación del rigor metodológico de las revisiones sistemáticas.
- EE: Embarazo Ectópico.
- GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation.
- GEG: Grupo elaborador de guías.
- JADAD: Herramienta metodológica para evaluación del rigor metodológico de los estudios clínicos.
- FEP: Flujo espiratorio pico.

I.4. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES:

Los miembros del Grupo Elaborador de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Embarazo Ectópico, declaran no tener ningún conflicto de interés, siendo el único objetivo del GEG, el desarrollo de la presente Guía con la finalidad de estandarizar la práctica asistencial en lo que diagnóstico y manejo precoz del Embarazo Ectópico se refiere.

El formato empleado y suscrito por el grupo elaborador, es el siguiente:

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Por favor conteste cada una de las preguntas. Si su respuesta a cualquiera de ellas es "si", describa brevemente las circunstancias en la última página de este formulario. El término "si" se refiere a usted o sus familiares más cercanos (esposa o pareja con quien usted tenga una relación personal o similar y sus hijos). "Entidad comercial" incluye cualquier negocio o asociación industrial, institución de investigación u otra empresa cuyo financiamiento es derivado principalmente de fuentes comerciales con un interés relacionado al tema o materia de la reunión o trabajo. "Organización" incluye organización gubernamental, internacional o sin fines de lucro. "Reuniones", incluye una serie de reuniones.

1. Empleo y consultorías.
Dentro de los pasados 4 años, ha recibido usted algún tipo de remuneración de una entidad comercial o de alguna otra organización, con interés en el área objeto del presente grupo de trabajo.

1a Empleado	Si	No
1b Consultor (incluye servicios de asesoría técnica entre otros)	Si	No

2. Apoyo a la Investigación

Dentro de los pasados 4 años, usted o su investigación ha recibido financiamiento de una entidad comercial o de otro tipo de organización con intereses relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.

2a Apoyo en la investigación, incluye financiamiento, colaboración, auspicio, y otro tipo de transferencia de fondos.	Si	No
2b Apoyo no-monetario valorado en más de S/1000 en total (incluye equipamiento, instalaciones, asistentes de investigación, pago de viajes a reuniones de trabajo etc.)	Si	No
2c Apoyo incluye honorarios) por pertenecer a un grupo de conferencistas, dar conferencias, o entretenimiento para Instituciones comerciales u otros, organización con algún tipo de interés en el área de estudio del presente grupo de trabajo.	Si	No

3. Interés de Inversión

Tiene usted actualmente inversiones (valoradas en más de S/.10.000) en una Institución comercial con algún Interés en el de estudio del presente grupo de trabajo. Por favor incluir inversiones indirectas.

3a. Acciones, bonos y otras opciones de manejo de valores	Si	No
3b Intereses en empresas comerciales (por ejemplo: propiedades. Asociaciones, empresas, membresías o manejo de interés de empresas).	Si	No

4. Propiedad Intelectual

tiene usted derechos sobre alguna prioridad intelectual que puede ser beneficiada o perjudicada por los resultados del presente grupo de trabajo.

4a Patentes, marcas o derechos de autor (incluyendo solicitudes pendientes)	Si	No
4b Propiedad sobre "conocimientos de cómo se produce" en una mañana, tecnológica o proceso.	Si	No

5. Posiciones o declaraciones publicas

5a Como parte de un proceso regulatorio. Legislativo o judicial, ha usted proveído una opinión o testimonio de experto relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo para una entidad comercial u otro tipo de organización.	Si	No
5b Ha ocupado usted algún cargo o puesto de trabajo en alguna entidad, de forma remunerada o no remunerada, en la cual usted habrá representado los interese o defendido alguna posición relacionados de estudio del presente grupo de trabajo.	Si	No

6. Información adicional

6a Si no lo ha declarado aun, ha trabajado usted para algún competidor del producto del área de estudio del presente grupo de trabajo, o su confidencial de propiedad de un competidor o crear para usted una ventaja competitiva personal, profesional, financiera o de negocios.	Si	No

6b En su conocimiento el resultado del presente grupo de trabajo podría beneficiar o afectar adversamente los intereses de una tercera parte con quien usted tiene intereses comunes sustanciales en el ámbito personal, profesional, financieros o de negocios.	Si	No
6c Excluyendo al Ministerio de Salud, alguna entidad ha pagado o contribuido con sus gastos de traslado en conexión con este grupo de trabajo.	Si	No
6d Ha recibido usted algún pago (aparte de costos de traslado) u honorarios para hablar públicamente en la materia de este grupo de trabajo.	Si	No
6e existe algún aspecto en su historial o circunstancias personales no abordados aun que puedan ser percibidos como que pueden influenciar en su objetividad e independencia.	Si	No

7. Tabaco, Alcohol y Comida Rápida (responda estas preguntas sin considerar su implicancia con el área de interés del presente grupo de trabajo)

Dentro de los pasados 4 años ha sido empleado o recibido apoyo para investigación u otra forma de financiamiento o ha tenido alguna otra relación profesional con alguna entidad directamente involucrada con la producción, manufactura, distribución o venta de tabaco, alcohol comida rápida o representados sus intereses de alguna de estas entidades.	Si	No

8. explicación de las respuestas afirmativas

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores fue un "si", describa las circunstanciasen que esto se ha dado en el siguiente cuadro. Si usted no describe la naturaleza del potencial conflicto de interés o si usted no describe la magnitud o valor involucrado cuando sea relevante, el conflicto será asumido como significativo.	Si	No

Núm. 1-4 Tipo de interés, numero de pregunta y categoría (ej.: propiedad intelectual, 4a derechos de autor) y una descripción básica de los detalles	Nombre de la compañía, organización o institución	Pertenece a usted, un miembro de su familia, unidad de investigación u otro	Cantidad de ingreso o valor de interés (si no se especifica se asumirá como significativo)	Interés actual (o año en que terminó.
Número 5-6: Describe el tema, las circunstancias específicas, las partes involucradas y cualquier otro detalle relevante				

Consentimiento a revelación de información

Al completar y firmar este formato, yo doy consentimiento a que se revele cualquier potencial conflicto de interés a los otros integrantes del grupo de trabajo y en el reporte de resultados del producto de trabajo.

Declaración:
Yo declaro por mi honor que la información anteriormente descrita, es verdadera y completa hasta donde tengo conocimiento.
Si hubiera algún cambio en la información provista, yo notificaré inmediatamente al personal debidamente responsable y llenaré una nueva declaración de conflicto de interés que describa los cambios ocurridos. Esto incluye cualquier cambio antes y durante las reuniones de trabajo, así como durante el periodo de publicación de los resultados obtenidos o cualquier actividad concerniente al tema de este grupo de trabajo.

(Tomado del Formato de Conflicto de Intereses de la OPS.)
Fecha:
Firma:

I.5. ANTECEDENTES:

La presente Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Embarazo Ectópico, no cuenta con una Guía de Práctica Clínica como antecedente en el Establecimiento de Salud – Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, por lo cual ante la necesidad del contexto, ya que el HEJCU no cuenta con el Departamento de Ginecología y Obstetricia, se desarrolló esta versión considerando las disposiciones de la normativa vigente.

II. MÉTODOS:

II.1. ALCANCE Y OBJETIVOS:

II.1.1. ALCANCE:

La presente guía de práctica clínica ha sido diseñada para el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa para orientar la práctica clínica en las áreas de emergencia de cirugía, para el Manejo del Embarazo Ectópico.

II.1.2. OBJETIVO GENERAL:

Establecer las recomendaciones para el manejo del Embarazo Ectópico con la finalidad de optimizar y uniformizar el mismo, basado en la mejor evidencia disponible para una práctica adecuada y segura.

II.1.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Mejorar la atención de las pacientes con Embarazo Ectópico que acuden a emergencia del HEJCU.
- Optimizar la interpretación de los signos y síntomas clínicos de las pacientes que acuden con Embarazo Ectópico en la emergencia del HEJCU.
- Favorecer el uso apropiado de los métodos de ayuda diagnostica en la emergencia del HEJCU.
- Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por Embarazo Ectópico en la emergencia del HEJCU.

II.2. AMBITO ASISTENCIAL:

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa es un establecimiento de salud de nivel III-1 especializado en la atención exclusiva de Emergencias (Prioridad I) y Urgencia Mayor (Prioridad II), razón por la cual atiende cuadros quirúrgicos y médicos que por su carácter de emergencia pueden ocasionar complicaciones e incluso la muerte, si no son diagnosticados y manejados con oportunidad.

II.2.1. USUARIOS DIANA DE LA GUÍA

Esta guía será de particular interés para los profesionales de la salud que prestan sus servicios en el área de emergencia: médicos internistas, ginecólogos, cirujanos, enfermeros, tecnólogos; y todo el personal de salud encargado de la atención de pacientes con cuadro clínica de dolor abdominal agudo sospechoso de embarazo ectópico.

II.2.2. POBLACIÓN BLANCO

Pacientes mujeres en edad fértil con sospecha clínica de gestación y dolor abdominal agudo que acudan o se encuentran en las instalaciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

II.3. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTAS CLÍNICAS:

Se formularon las siguientes preguntas clínicas las cuales intentaran ser respondidas por la presente Guía de Práctica Clínica:

1. ¿Cuál son los criterios para definir el Embarazo Ectópico?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al Embarazo Ectópico?
3. ¿Cuáles son los signos y síntomas del Embarazo Ectópico?
4. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos para determinar un Embarazo Ectópico?
5. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales para el Embarazo Ectópico?
6. ¿Qué pruebas diagnósticas se sugieren en el Embarazo Ectópico?
7. ¿Qué medidas generales y preventivas se deben tener en cuenta a la hora de establecer el Plan de Tratamiento en el Embarazo Ectópico?
8. ¿Cuáles son los pilares de la terapeútica en pacientes con Embarazo Ectópico?
9. ¿Cuáles son los criterios para indicar metotrexato?
10. ¿Cuál es la terapeútica para el manejo del Embarazo Ectópico?
11. ¿Cuáles son los efectos colaterales relacionados con los fármacos de uso frecuente en el manejo del Embarazo Ectópico?
12. ¿Cuáles son los signos de alarma en el Embarazo Ectópico?
13. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes del Embarazo Ectópico?
14. ¿Cuáles son las indicaciones de alta?

II.4. IDENTIFICACIÓN DE DESENLACES:

Los outcomes o desenlaces identificados son:

Manejo Oportuno, Reducción de complicaciones, contribuir con el uso racional de exámenes auxiliares, mejorar la adherencia hacia una práctica clínica segura y basada en evidencia, reducir la variabilidad en la práctica clínica, contribuir a la mejora de la calidad de atención; contribuir a disminuir la morbimortalidad, contribuir a disminución de complicaciones, optimización de costos y recursos.

II.5. BUSQUEDA DE LA EVIDENCIA:

II.5.1. TÉRMINOS DE BUSQUEDA:

La búsqueda de la mejor evidencia disponible se realizó en 02 buscadores científicos Medline-Pubmed y Lilacs. Siendo los términos de búsqueda los siguientes:

Para Medline:

Para Embarazo Ectópico (ectopic pregnancy):

"pregnancy, ectopic"[MeSH Terms] OR ("pregnancy"[All Fields] AND "ectopic"[All Fields]) OR "ectopic pregnancy"[All Fields] OR ("ectopic"[All Fields] AND "pregnancy"[All Fields])

Para LILACS:

Para Embarazo Ectópico:

embarazo ectopico AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS") AND type_of_study:("guideline"))

II.5.2. RESULTADOS DE BUSQUEDA:

De la búsqueda de Medline –PUBMED para el término de búsqueda "embarazo ectópico", se obtuvieron 18,395, se procedió a filtrar la información, bajo los criterios de estudios no mayor a 5 años, solo realizados en Humanos, Guías de Práctica Clínica, guías y revisión sistemática, se escogieron los artículos Free Full Text, obteniéndose como resultados 36 estudios publicados, de los cuales se descartaron 23 por escapar al alcance del establecimiento (no contamos con servicio de hospitalización) , ámbito de aplicación de la guía y por no contar con criterio de aplicabilidad.

De la búsqueda en LILACS, se obtuvieron 661 para el término de búsqueda "embarazo ectópico". Se procedió aplicar los siguientes filtros: Lilacs y guías de práctica clínica, obteniéndose 02 resultados utilizando los siguientes criterios.

II.6. REVISIÓN Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA IDENTIFICADA

De los resultados de la búsqueda obtenida, se revisaron 13 estudios de Medline y 2 de LILACS, la primera fase de la revisión, consistió en seleccionar estudios en idiomas inglés, español y portugués, asimismo se revisaron los abstracs y se excluyeron estudios no orientados al requirieran algún pago, considerando sólo aquellos estudios Free Full Tex, realizados en humanos y con una antigüedad no mayor a 5 años, resultando finalmente fueron revisados sistemáticamente, donde se evaluó la calidad y el nivel de evidencia, utilizando herramientas específicas para evaluar el rigor metodológico con el cual fueron elaborados, las herramientas empleadas fueron: JADAD para estudios, el AMSTAR para las revisiones sistemáticas y el AGREE II para las Guías de Práctica Clínica.

II.7. GRADUACIÓN DE LA EVIDENCIA:

La adquisición y jerarquización de la evidencia, así como la posterior formulación de recomendaciones, constituyen la base del desarrollo de las guías de práctica clínica. Sistemas de graduación de la calidad de la evidencia y de la fuerza de las recomendaciones han existido muchos y actualmente se va imponiendo el modelo Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE). En el sistema GRADE la calidad de la evidencia se clasifica, inicialmente, en alta o baja, según provenga de estudios experimentales u observacionales; posteriormente, según una serie de consideraciones, la evidencia queda en alta, moderada, baja y muy baja.

Para la presente Guía de Práctica Clínica se evaluaron Guías de Práctica Clínica que cursaran con un porcentaje de AGREE II superior a 60%.

II.9. REVISIÓN EXTERNA:

La revisión externa estuvo a cargo de médicos especialistas en manejo del Embarazo Ectópico, que prestan sus servicios en un establecimiento nivel III para el caso de los especialistas, quienes analizaran las recomendaciones consignadas en la presente Guía de Práctica Clínica, desde la perspectiva técnico científica y la evaluación de los criterios de aceptabilidad y aplicabilidad. Además de un médico especialista en metodología, para análisis de la evidencia científica.

Validación

La revisión de las recomendaciones estuvo a cargo de los profesionales de la salud:

Dr. Alfredo Alonso Celis López; Médico Ginecólogo y Obstetra- Clínica Angloaméricana, Past President de la Sociedad de Gíneco Obstetricia del Perú.
Dr. Sixto Sanchez Calderón; Médico Ginecólogo y Obstetra – Hospital Nacional Dos de Mayo, Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Revisores Externos

La revisión metodológica estuvo a cargo del Dr. Jorge Uchuya Gómez; quien presta servicios en el Ministerio de Salud, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

De la Aplicabilidad de la Guía Clínica

La presente Guía de Práctica Clínica es aplicable por su diseño y por la información dirigida a múltiples sectores, quienes han participado en el proceso de elaboración de la misma.

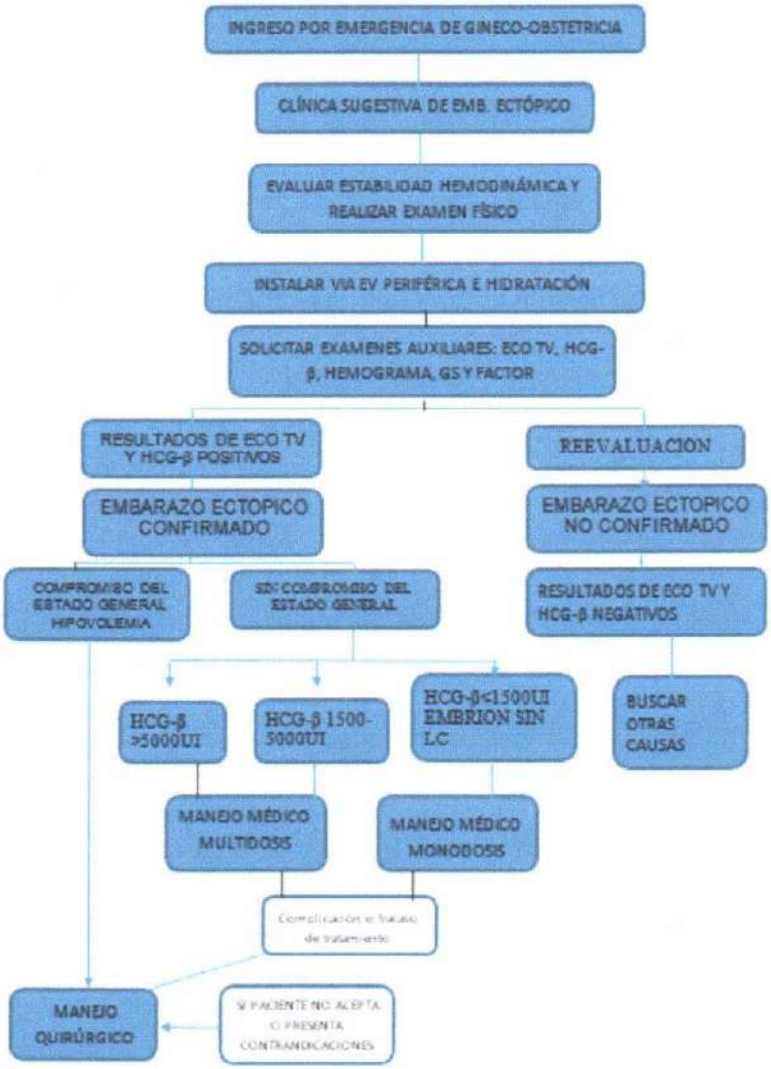
De los Derechos y Representatividad de los Pacientes

Se le entregó una copia de la Guía de Práctica Clínica y una hoja en blanco a la paciente de iniciales D.E.C.E. con Historia Clínica N° 256811, para que formule sus dudas y nos presente sus sugerencias, las cuales fueron absueltas en su totalidad, antes de realizar la aplicación de la Guía en el público objetivo.

III. RESUMEN DE LA GPC:

El resumen de las recomendaciones vertidas en la presente guía, serán presentadas en un formato que consolide las recomendaciones y se ciña a lo dispuesto por la NTS, será presentado en la versión resumida, la cual se adjunta al presente documento, con la intención de guiar a los profesionales de la salud en forma más adecuada ante la presencia de un caso de Embarazo Ectópico.

III.1. FLUJOGRAMA:



Fuente: OGC-HEJCU, 2017.

III.2. LISTA COMPLETA DE RECOMENDACIONES:

Se encuentran listadas en los anexos.

IV. DESARROLLO DE PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES BASADAS EN EVIDENCIA

Los casos de embarazo ectópico, pese a representar un bajo porcentaje del total las atenciones requieren se estandarice la práctica asistencial, dado el alto grado de gravedad que involucra el caso, no solo desde la perspectiva de la atención sino también de su repercusión en la salud reproductiva y mental de la mujer, por ello el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa pese a presentar una baja casuística reportada por el ASIS 2016 del HEJCU, considerado relevante establecer pautas clínicas basadas en la mejor evidencia disponible para su manejo, para evitar complicaciones y secuelas.

a. Factores de Riesgo y Prevención

1. **Pregunta Clínica:** ¿Cuál son los criterios para definir el Embarazo Ectópico?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad Moderada	El embarazo ectópico es la implantación del blastocito en desarrollo que se produce fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la trompa de Falopio, que corresponde al 98% de todos los embarazos ectópicos, y de estos el 80% se localizan en la porción ampular. Otras localizaciones menos frecuentes son cervical, intersticial o cornual, cicatriz uterina, intramural, ovárico o abdominal. Por ser la localización tubárica la más frecuente, esta guía de práctica clínica solo tratará el embarazo ectópico tubárico.	Fuerte a favor

2. **Pregunta Clínica:** ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al Embarazo Ectópico?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad Moderada	Existen múltiples factores de riesgo asociados al embarazo ectópico tubárico: **Medio Ambiente:** • Ninguno asociado directamente. Estilos de Vida: • Múltiples parejas sexuales • Hábito de Fumar • Duchas vaginales **Factores Hereditarios:** • Infertilidad • Tumores uterinos	Débil a favor

	• Anomalías congénitas de las trompas **Otros Factores de Alto Riesgo:** • Embarazo ectópico previo. • Cirugía y patología tubárica: salpingitis crónica y salpingitis ítsmica nodosa. **Otros factores:** • Infecciones vaginales previas • Cirugía en anexos • Procedimientos de reproducción asistida • Antecedentes de abortos (Sobre todo en pacientes sometidas a múltiples procedimientos como aspiración manual endouterina o legrados).	

b. Diagnóstico

3. **Pregunta Clínica:** ¿Cuáles son los signos y síntomas del Embarazo Ectópico?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad Moderada	La presentación clínica se presenta comúnmente alrededor de 6 a 8 semanas de gestación, sin embargo esto va a variar de acuerdo al lugar de la trompa donde se ha implantado el embarazo ectopico, siendo más temprano en los embarazos ectópicos tubáricos a nivel de itsmo o intersticio. Los síntomas y signos clínicos más frecuentes son: • Sangrado vaginal escaso. • Dolor abdominal (desde leve hasta presentar reacción peritoneal). • Retraso de una menstruación esperada. • Masa anexial al examen físico. • Signos de hipovolemia como taquicardia, hipotensión o shock en una mujer en estado fértil (embarazo ectópico complicado).	Fuerte a favor

4. **Pregunta Clínica:** ¿Cuáles son los criterios diagnósticos para determinar un Embarazo Ectópico?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad Moderada	El diagnóstico de sospecha de embarazo ectópico se establece, hasta demostrar lo contrario, en toda mujer sexualmente activa, en edad fértil, con atraso menstrual, sangrado vaginal y dolor en hemiabdomen inferior, sobre todo si tiene antecedentes de riesgo. Sin embargo, el desarrollo de nuevas técnicas sensibles de determinación de β-HCG y ecografía transvaginal de alta resolución han permitido el diagnóstico temprano	Fuerte a favor

	y preciso del embarazo ectópico, antes de dar sintomatología clínica clásica.	
B: Calidad Moderada	En el examen físico nos orientara en el diagnóstico y se debe evaluar la estabilidad hemodinámica a través de las funciones vitales. Al realizar el examen abdominal este puede variar desde la normalidad, a sensibilidad abdominal inferior hasta signos peritoneales en caso de ruptura con hemorragia significativa.	Fuerte a favor
B: Calidad Moderada	En la especuloscopia se confirmara que el sangrado proviene de la cavidad uterina. El examen pélvico bimanual es a menudo poco notable en una mujer con un embarazo ectópico pequeño, no roto, sin embargo en algunos casos se puede palpar masa anexial. Además el útero puede estar algo aumentado de volumen, pero probablemente será más pequeño en relación a la edad gestacional.	Fuerte a favor

5. **Pregunta Clínica:** ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales para el Embarazo Ectópico?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad Moderada	La secuencia diagnóstica descrita del embarazo ectópico, permite establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos ginecológicos como el aborto, la enfermedad inflamatoria pélvica, el cuerpo lúteo hemorrágico o el quiste de ovario complicado (por torsión o rotura), además de otros procesos como la apendicitis e infección de tracto urinario. Infestaciones parasitarias (strongiloides, áscaris).	Débil a favor

6. **Pregunta clínica:** ¿Qué pruebas diagnósticas se sugieren en el Embarazo Ectópico?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad Moderada	**PATOLOGÍA CLÍNICA:** **HCG-β cuantitativa:** La HCG-β es sintetizada por el trofoblasto, y su presencia es identificada en suero a los 10 días de fecundación. En un embarazo intauterino de evolución normal, los niveles de β-HCG se duplican cada 1.4 a 2.1 días. El incremento minimo que se ha identificado en 48 horas en un embarazo intrauterino viable es de 53%. En la mayoría de los casos de embarazo ectópico, los incrementos de β-HCG son a menor velocidad que las	Fuerte a favor

	de un embarazo normal; lo que se explica por el pequeño volumen que ocupa el trofoblasto y su degeneración progresiva. Por lo tanto, se puede afirmar que existe una alta probabilidad de embarazo ectópico, si los niveles de β-HCG aumentan por debajo del 53%, en el lapso de 48 horas. Zona discriminatoria: con cifras mayores de 2000 mUI/ml de HCG-β (zona discriminatoria) debería visualizarse un saco gestacional intrauterino. Con valores menores a estos sin presencia de saco gestacional, se hace diagnóstico de gestación de localidad incierta, y se deben hacer controles periódicos de HCG-β, teniendo 3 posibilidades: HCG-β incrementa normalmente (por lo menos 53% en 48h): Se debe realizar ecografía TV cuando alcance la zona discriminatoria para descartar entre embarazo intrauterino viable y embarazo ectópico. HCG-β incrementa, pero no a la velocidad normal: indica un embarazo que no es normal (embarazo ectópico o posible aborto). Se debe repetir ecografía buscando signos de embarazo intrauterino no viable o masa anexial que indica embarazo ectópico. HCG-β disminuye: es más consistente con un embarazo no viable. Se les debe hacer controles semanales hasta que HCG-β sea indetectable. Tomar en cuenta que los valores de la zona discriminatoria no se aplican en embarazo múltiple. Pacientes con valores por encima de la zona discriminatoria, la ecografía es mandatoria. Si se evidencia una masa anexial y se descarta un embarazo intrauterino, lo más probable es que se trate de un embarazo ectópico. Si no se evidencia una masa anexial, se debe repetir la HCG-β y ecografía TV en 48 horas, por posibilidad de embarazo multiple. • Hemogramas seriados • Pre-Quirúrgicos: hemograma, perfil de coagulación, grupo y factor, glucosa, úrea y creatinina, examen de orina.	
B: Calidad Moderada	**DE IMÁGENES:** **La ecografía transvaginal (ETV)** es la prueba de imagen más útil para determinar la ubicación de un embarazo. La ETV debe realizarse como parte de la evaluación inicial y puede ser necesario repetir,	Fuerte a Favor

	dependiendo del nivel de hCG-β o una sospecha de ruptura. La ETV sola (sin medición de hCG-β) puede excluir o diagnosticar un embarazo ectópico sólo si uno de los siguientes hallazgos está presente: Los resultados de diagnóstico de un embarazo intrauterino (saco gestacional con un saco vitelino o embrión). Los resultados de diagnóstico de un embarazo en un sitio ectópico (saco gestacional con un saco vitelino o embrión fuera de la cavidad intrauterina). Son signos ecográficos sugestivos de embarazo ectópico: • Ausencia de embrión en cavidad uterina, especialmente si el endometrio esta engrosado. • Presencia de un seudosaco intraútero. • Signo del «doble halo» en la trompa. • Doppler color positivo en los dos casos anteriores. • Líquido en el espacio de Douglas mayor de lo habitual. Una masa anexial es el hallazgo ecográfico más común en el embarazo ectópico y está presente en mas del 89% de los casos. La posibilidad de una gestación heterotópica (coexistencia de una gestación intrauterina y un embarazo ectópico) es muy rara, aunque se debe tener en cuenta en pacientes con tratamientos de fertilidad.	
B: Calidad Moderada	**DE EXAMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS:** **Culdocentesis:** La punción y aspiración del fondo de saco de Douglas tiene utilidad cuando se sospecha presencia de sangre en la cavidad intraperitoneal. Si en el aspirado se obtiene sangre que no coagula, indica la existencia de hemorragia intaperitoneal, con un valor predictivo positivo del 80-95%. Si bien la causa más frecuente es el embarazo ectópico complicado, no se excluye la posibilidad de un quiste ovárico roto, un quiste hemorrágico del cuerpo lúteo, un aborto incompleto o de una menstruación retrógrada. El índice de falsos positivos es del 5-10%. Si en la culdocentesis se obtiene líquido peritoneal claro, la prueba es negativa pero no descarta la posibilidad de un ectópico intacto. Por todo ello, actualmente la culdocentesis no es una prueba diagnóstica de primera línea.	Fuerte a favor

c. Tratamiento y Complicaciones

7. Pregunta clínica: ¿Qué medidas generales y preventivas se deben tener en cuenta a la hora de establecer el Plan de Tratamiento en el Embarazo Ectópico?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad Moderada	• Hospitalización de la paciente • Control de las funciones vitales • Exámenes auxiliares de emergencia ya mencionados • Instaurar una vía endovenosa con Abocath N° 18 y pasar solución cristaloide según requerimientos • En caso que la paciente presente signos de hipovolemia instaurar una segunda vía endovenosa, iniciar fluidoterapia con cristaloides y coloides según se requiera, colocar sonda Foley y tener disponibilidad de paquetes globulares. • Firmar consentimiento informado del protocolo de manejo elegido.	Fuerte a favor

8. Pregunta clínica: ¿Cuáles son los pilares de la terapeútica en pacientes con Embarazo Ectópico?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad Moderada	Una vez diagnosticado el embarazo ectópico tubárico se deben seguir medidas generales para todas las pacientes, y dependiendo de distintos criterios asignar a cada paciente a un protocolo específico de manejo. Si bien es cierto, el manejo quirúrgico es el pilar en el tratamiento del embarazo ectópico, el diagnóstico temprano de este ha permitido la instauración de otros manejos más conservadores, utilizando criterios específicos y al mismo tiempo individualizando a cada paciente.	Fuerte a favor

9. Pregunta clínica: ¿Cuáles son los criterios para indicar metotrexato?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación

OFICINA ASESORÍA JURÍDICA H.E.J.C.U.

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa Oficina de Gestión de la Calidad

B: Calidad Moderada	El Metotrexate es un antagonista del ácido fólico que inhibe la síntesis de ADN y la reproducción celular de células proliferativas activas como trofoblasto. La dosis utilizada en el manejo de embarazo ectópico es relativamente baja, por lo que la tasa de efectos adversos es baja. La vía de administración es sistémica (intravenosa, intramuscular y oral). La vía más común es la intramuscular, y es la recomendada en los esquemas presentados en la guía. Candidatas óptimas para el tratamiento médico: • Masa menor de 3.5 cm • HCG-β menor de 1500 mUI/ml • Ausencia de latidos cardiacos fetales • Paciente hemodinámicamente estable La tasa de éxito del manejo médico es inversamente proporcional a los niveles de HCG-β. Un HCG-β menor a 1500 mUI/ml está asociado a una tasa de éxito de aproximadamente 94-96%. Este porcentaje disminuye a menos del 90% con un HCG-β mayor a 5000 mUI/ml. Es por esta razón que dentro de las candidatas óptimas se considera el punto de corte 1500 mUI/ml. Sin embargo en pacientes cuyos valores se encuentren entre 1500 y 5000 mUI/ml se valorará entre el manejo médico y quirúrgico según el criterio del especialista y la decisión de la paciente. Idealmente se debe recomendar el manejo quirúrgico como primera línea en pacientes que presentan un valor de HCG-β > 5000 mUI/ml.	Fuerte a favor
B: Calidad Moderada	Contraindicaciones del manejo médico: Absolutas: • Inestabilidad hemodinámica. • Hipersensibilidad al metotrexate. • Embarazo heterotópico. • Contraindicaciones del metotrexate: Alteraciones hematológicas (leucopenia, anemia, plaquetopenia), ulcera péptica, lactancia materna, hepatopatía crónica, enfermedad pulmonar activa, disfunción renal, inmunodeficiencia. Relativas: • Masa no rota de > 3,5 cm. • Actividad cardiaca del embrión presente.	Débil a favor

	• HCG-β mayor a 5000 mUI/ml. • Imposibilidad de seguimiento. • Rechazo del paciente a tratamiento médico. Fuera de los exámenes básicos solicitados, y ya previamente mencionados, se debe solicitar perfil hepático completo para descartar hepatopatía crónica y pruebas de función renal (urea y creatinina), además de una adecuada ampliación de la historia clínica para buscar posibles contraindicaciones al uso de metotrexate.	
B: Calidad Moderada	**Esquema de tratamiento:** El esquema de tratamiento recomendado por nuestra guía es el de dosis única. El esquema de dosis múltiple se considerara en casos individuales donde la HCG-β sea mayor a 5000 mUI/ml. Antes de iniciar el tratamiento se debe firmar consentimiento informado explicando las pautas de tratamiento, los posibles efectos adversos y las complicaciones del tratamiento, así como también la posibilidad de falla de tratamiento, para lo cual se indicaría el tratamiento quirúrgico.	Fuerte a favor
B: Calidad Moderada	**Dosis única:** El término "dosis única" es equivocado ya que el régimen se puede repetir cuando la respuesta es inadecuada, hasta un máximo de 4 dosis Metotrexate se administra a dosis de 50 mg/m2. El tratamiento busca una reducción del 15% de HCG-β entre los dias 4 y 7.	Fuerte a favor
B: Calidad Moderada	**Dosis múltiple:** Este esquema alterna tratamiento con metotrexate (1 mg/kg) con ácido folínico (1 mg/kg). El MTX se continúa hasta que la HCG-β disminuya mas del 15% de la concentración máxima. Aproximadamente el 50% de pacientes no va a requerir el régimen completo de 8 dias. Se puede repetir el esquema de tratamiento hasta un máximo de 4 dosis. El tratamiento y seguimiento en ambos esquemas se hará mientras la paciente se encuentre hospitalizada. Una vez que el tratamiento médico con MTX ha sido favorable en ambos esquemas, se dará del alta a la paciente y se debe hacer seguimiento de la paciente con dosajes semanales de HCG-β hasta llegar a valores no gestacionales.	Fuerte a favor

	La ecografía transvaginal como parte del seguimiento sólo se realizará si se encuentra actividad cardiaca fetal, y se hará de forma semanal hasta que se deje de presenciar. Además se realizará ecografía de control en caso la paciente presente descompensación clínica durante el tratamiento y/o dolor abdominal intenso. No se justifica el control ecográfico rutinario.	
B: Calidad Moderada	**Predictores de falla del manejo médico:** • Actividad cardiaca fetal. • Tamaño y volumen de la masa gestacional (más de 4 cm). • Concentración de HCG-β inicial aumentado (más de 5000mUI/ml). • Presencia de líquido libre peritoneal. • Concentración de HCG-β que incrementa rápidamente antes del tratamiento con MTX (más de 50% en 48h). • Incremento continuo y rápido en concentraciones de HCG-β durante el tratamiento con MTX.	Fuerte a favor
B: Calidad Moderada	**Signos que indican falla de tratamiento o posible ruptura tubárica:** • Inestabilidad hemodinámica. • Aumento de dolor abdominal. • Incrementos rápidos de HCG-β (mayor a 53% en 2 días) luego de 4 dosis en el esquema de múltiples dosis y 2 dosis en el esquema de dosis única de MTX.	Fuerte a favor
B: Calidad Moderada	**Recomendaciones:** • Evitar relaciones sexuales hasta que los niveles de β-HCG sean indetectables. • Evitar examen pélvico y ecografías durante el seguimiento de tratamiento médico con metotrexate. Realizar ecografía solo en casos de dolor persistente, aumento de β-HCG o duda sobre ruptura tubárica. • Evitar la exposición al sol para evitar la dermatitis por metotrexate. • Evitar comidas y vitaminas que tengan ácido fólico. • Evitar comidas que produzcan distensión abdominal por gases ya que aumentan el dolor. • Evitar embarazo nuevo hasta que el β-HCG sea indetectable para permitir la resolución del edema tubárico y la excreción de β-HCG. La resolución completa de un embarazo ectópico con tratamiento médico usualmente toma entre 2 a 3 semanas, pero puede llevar hasta 6 a 8 semanas si los niveles de β-HCG fueron inicialmente altos. Si los	Fuerte a favor

	niveles que inicialmente disminuyeron vuelven a elevarse, se hace el diagnóstico de embarazo ectópico persistente, y se debe modificar la conducta a tratamiento quirúrgico.	

10. Pregunta clínica: ¿Cuál es la terapeútica para el manejo del Embarazo Ectópico?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
A: Calidad Alta	**Manejo Quirúrgico** El tratamiento quirúrgico consiste en el ingreso a la cavidad abdominal vía laparoscópica o laparotomia para la extracción de la gestación ectópica ya sea por salpingostomia o salpinguectomia.	Fuerte a favor
A: Calidad Alta	Indicaciones: • Inestabilidad hemodinámica. • Sospecha o clínica de ruptura tubarica. • Contraindicaciones para tratamiento con metotrexate. • Falla de tratamiento médico con metotrexate. • Embarazo heterotópico con gestación intrauterina viable. • Paciente no desea recibir tratamiento médico. • Paciente que desea esterilización definitiva.	Fuerte a favor
B: Calidad Moderada	**Vía de abordaje:** En ensayos clínicos controlados donde se comparó la cirugía abierta (laparotomía) con la laparoscopía en embarazo ectópico, se encontró que el abordaje laparoscópico fue asociado con menos tiempo operatorio, menos sangrado perioperatorio, menos estancia hospitalaria, menos tiempo de convalecencia y menos costos. Además, en las pacientes con deseo futuro de fertilidad las tasas de embarazos intrauterinos subsecuentes fueron similares en ambos grupos. Es por esta razón que la vía de elección propuesta por esta guía será la laparoscópica. Sin embargo, la decisión va a depender del cirujano, en coordinación con el anestesiólogo y tomando en cuenta el estado de la paciente. Se realizará laparotomía exploratoria en las siguientes circunstancias: • Sospecha de proceso adherencial severo. • Inexperiencia en laparoscopía. • Embarazo intersticial o cornual. • Contraindicaciones anestésicas. La posibilidad de conversión de cirugía laparoscópica a laparotomía también dependerá de la decisión del cirujano durante el acto quirúrgico.	Fuerte a favor

B: Calidad Moderada	**Técnica Quirúrgica:** El tratamiento quirúrgico (salpingostomía o salpinguectomía) se seleccionará de acuerdo a las características de cada paciente, y la decisión se tomará en conjunto con la paciente. No existen diferencias en la tasa de embarazo intrauterino y morbilidad operatoria entre salpinguectomía y salpingostomía, siempre y cuando no se encuentren otros factores de riesgo de infertilidad, como una trompa contralateral afectada. Por este motivo se indicará salpingostomía sólo en pacientes con deseo de fertilidad y trompa contralateral afectada, por ser una cirugía más conservadora. Por el alto riesgo que existe de presentar trofoblasto persistente en las pacientes a las que se le realiza salpingostomía, se indicara dosis única profiláctica de metotrexate (MTX 50 mg/m2 IM). Luego se hará seguimiento con controles semanales de HCG-β hasta que se haga indetectable. Existen situaciones en las cuales no se puede indicar salpingostomía, y la salpinguectomía será de primera elección: • Deseo de fertilidad y trompa contralateral no comprometida. • Trompa uterina rota. • Embarazo tubárico recurrente en la misma trompa uterina. • Sangrado persistente o incontrolable. • Embarazo tubárico muy grande para ser extraído por salpingostomía (3-5cm). • Embarazo heterotópico. • Pacientes con paridad satisfecha. • Contraindicaciones de manejo profiláctico con metotrexate.	Fuerte a favor.

11. Pregunta clínica: ¿Cuáles son los efectos colaterales relacionados con los fármacos de uso frecuente en el manejo del Embarazo Ectópico?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad Moderada	**Efectos adversos:** Asociados al metotrexate: • Náuseas y/o vómitos.	Fuerte a favor

	• Diarrea. • Gastritis. • Estomatitis. • Alteración de la función hepática. • Supresión de medula ósea / neutropenia severa (raro). • Alopecia (raro). • Neumonitis transitoria (raro).	
B: Calidad Moderada	**Asociados al tratamiento:** • Aumento de circunferencia abdominal. • Aumento de HCG-β durante el tratamiento inicial: Es importante tener en cuenta que durante los primeros 3 días se puede presentar un incremento de los valores de HCG-β. Se recomienda no modificar el esquema escogido e instaurado al iniciar el tratamiento, hasta tener certeza de la falla de tratamiento según criterios. • Sangrado vaginal o spotting. • Dolor abdominal entre los días 3 y 7 de tratamiento que se resuelve entre 4 a 12 horas. • Hematosalpinx. • Hematocele pélvico.	Fuerte a favor

d. Monitoreo y seguimiento del paciente.

12. Pregunta Clínica: ¿Cuáles son los signos de alarma en el Embarazo Ectópico?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad Moderada	Predictores de falla del manejo médico: Actividad cardiaca fetal. Tamaño y volumen de la masa gestacional (más de 4 cm). Concentración de HCG-β inicial aumentado (más de 5000mUI/ml). Presencia de líquido libre peritoneal. Concentración de HCG-β que incrementa rápidamente antes del tratamiento con MTX (más de 50% en 48h). Incremento continuo y rápido en concentraciones de HCG-β durante el tratamiento con MTX. Signos que indican falla de tratamiento o posible ruptura tubárica: Inestabilidad hemodinámica. Aumento de dolor abdominal. Incrementos rápidos de HCG-β (mayor a 53% en 2 días) luego de 4 dosis en el esquema de múltiples	Débil a favor

	dosis y 2 dosis en el esquema de dosis única de MTX.	

13. Pregunta Clínica: ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes del Embarazo Ectópico?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
C: Calidad Baja	**Complicaciones Quirúrgicas:** • Las complicaciones quirúrgicas que pueden ocurrir van a ser propias de la forma de abordaje escogido, y su aparición dependerá de los factores de riesgo de cada paciente. Se nombraran las más frecuentes: • Complicaciones luego de laparotomía: • Hematoma, seroma, infección de sitio operatorio, eventración. • Complicaciones luego de laparoscopia: • Relacionadas al acceso abdominal: injuria vascular, perforación gastrointestinal, lesión de víscera sólida, infección de herida operatoria. • Relacionadas al neumoperitoneo: enfisema subcutáneo, enfisema de mediastino, neumotórax, arritmia cardiaca, retención de CO2, dolor postoperatorio por retención de gas. • Relacionadas al acto operatorio: lesión en víscera.	Débil a favor

14. Pregunta Clínica: ¿Cuáles son las indicaciones de alta?

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad Moderada	El alta se indicara cuando la paciente se encuentre hemodinamicamente estable, afebril, con por lo menos 2 días de evolución favorable. • El seguimiento post quirúrgico será a los 5 días por consultorio externo de Ginecología. A las pacientes post operadas de salpingostomia se les realizara control de HCG-β semanal hasta valores indetectables.	Fuerte a favor

V. PLAN DE ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

Esta guía tiene una vigencia de entre 3 a 5 años y deberá iniciar el proceso de actualización 06 meses previos a su fecha de caducidad, siguiendo las pautas descritas en la NTS para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.

PLAN DE ACTUALIZACIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN	FECHA DE CADUCIDAD
	30-Dic.-2017.	29-Dic.-2020.
INICIO DE LA ACTUALIZACIÓN	INICIO ACTUALIZACIÓN	FINAL DE ACTUALIZACIÓN
	30-Jun.-2020.	29-Dic.-2020.

VI. PLAN PARA LA EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

La evaluación y monitoreo del cumplimiento de la presente Guía de Práctica Clínica para Manejo del Embarazo Ectópico, estará a cargo de las Jefaturas de Departamentos de las áreas clínicas que presenten casos.

INDICADORES	UNID MEDIDA	PERIODICIDAD	META
% ADHERENCIA A GPC PARA EL MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.	%	TRIMESTRAL	>80%
Porcentaje de profesionales de la salud que se adhieren a la GPC para el Manejo del Embarazo Ectópico.			
Porcentaje de historias clínicas de que se adhieren a la GPC para el Manejo del Embarazo Ectópico.			

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Craig L, Khan S. Expectant management of ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY . VOLUME 55, NUMBER 2, 461–470 . 2012.
2. Givens V, Lipscomb G. Diagnosis of ectopic pregnancy. MDW CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY .VOLUME 55, NUMBER 2, 387–394 R 2012,
3. Visconti K, Zite N, HCG in ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY VOLUME 55, NUMBER 2, 410–417 R 2012
4. Marion I, Rodney G. Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY .VOLUME 55, NUMBER 2, 376–386 R 2012,
5. Medical management of ectopic pregnancy GARY H. LIPSCOMB, MD CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 424–432 R 2012,
6. Argyropoulos E, Barnhart K, Medical management of ectopic pregnancy: a comparison of regimens CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 440–447 R 2012
7. Stika C. Methotrexate: the pharmacology behind medical treatment for ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 433–439 R 2012
8. Juneau C, Wright G. Reproductive outcomes after medical and surgical management of ectopic pregnancy CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY .VOLUME 55, NUMBER 2, 455–460 R 2012
9. Rausch M, Barnhart K. Serum biomarkers for detecting ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 418–423 R 2012
10. Stock L, Milad M. Surgical management of ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 448–454 R 2012
11. Casikar I, Reid S, Condous G. Ectopic pregnancy: ultrasound diagnosis in modern management CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY VOLUME 55, NUMBER 2, 402–409 R 2012.
12. Marion I, Rodney G. Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY / VOLUME 55 / NUMBER 2 / JUNE 2012.
13. Lipscomb G, Bran D, McCord M, Portera J, Ling F. Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose methotrexate. Am J Obstet Gynecol 1998; 178:1354–8.
14. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod 2002; 17:3224.
15. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2013; 68:571.
16. Li C, Zhao W, Zhu Q, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multicenter case-control study. BMC Pregnancy and Childbirth (2015) 15:187
17. Newbatt E, Beckles Z, Ullman R, Lumsden M. Ectopic pregnancy and miscarriage: summary of NICE guidance. MJ 2012;345:e8136.
18. Yglesias E. Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. Rev. peru. epidemiol. Vol 15 N Diciembre 2011.

19. Mol F, Mol B, Ankum K, Van der Veen F, Hajenius P. Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Human Reproduction Update, Vol.14, No.4 pp. 309–319, 2008.
20. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud. Reproductiva.Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Lineamiento Técnico / Prevention, Diagnosis and Management of Obstetric Hemorragic. Technic Guideline México. Secretaría de Salud; jun. 2002. 76 p. ilus, tab.
21. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica / Technic guideline for prevention, diagnosis and management of obstetric hemorragic. Secretaría de Salud; jun. 2000. 83 p. tab, ilus.

OFICINA ASESORÍA JURÍDICA H.E.J.C.U.

Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" Oficina de Gestión de la Calidad

VIII. GLOSARIO:

AGREE II: Herramienta metodológica para evaluación del rigor metodológico de las guías de práctica clínica.

AMSTAR: Herramienta metodológica para evaluación del rigor metodológico de las revisiones sistemáticas.

EE: Embarazo Ectópico.

GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation.

GEG: Grupo elaborador de guías.

GINA: Iniciativa Global para el Asma

JADAD: Herramienta metodológica para evaluación del rigor metodológico de los estudios clínicos.

PEF: Flujo espiratorio pico

IX. ANEXOS:

Terminos Mesh con filtros empleados para MEDLINE:

("pregnancy, ectopic"[MeSH Terms] OR ("pregnancy"[All Fields] AND "ectopic"[All Fields]) OR "ectopic pregnancy"[All Fields] OR ("ectopic"[All Fields] AND "pregnancy"[All Fields])) AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "loattrfree full text"[sb] AND "2012/12/24"[PDat] : "2017/12/22"[PDat])

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA:

MANEJO DEL EMBARAZO ECTOPICO

CODIGO CIE 10: O00.0

2017

INDICE

I. FINALIDAD: .....
II. OBJETIVO .....
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN
IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR .....
I.1. NOMBRE Y CÓDIGO .....
V. CONSIDERACIONES GENERALES
I.1.1. DEFINICIÓN .....
I.1.2. DEFINICIÓN DE ELEMENTOS CLÍNICOS BÁSICOS .....
I.2. ETIOLOGÍA .....
I.3. FISIOPATOLOGIA Y PATOGÉNESIS .....
I.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS IMPORTANTES .....
I.5. FACTORES DE RIESGO .....
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS .....
I.1. CUADRO CLÍNICO .....
I.2. DIAGNÓSTICO .....
I.1.1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO .....
I.1.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....
I.3. EXÁMENES AUXILIARES .....
I.1.1. PATOLOGÍA CLÍNICA .....
I.1.2. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES .....
I.1.3. OTROS EXÁMENES .....
I.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA .
I.5. COMPLICACIONES .....
I.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA .....
I.7. FLUXOGRAMA .....
VII. ANEXOS .....
VIII. BIBLIOGRAFÍA .....

I. FINALIDAD

La finalidad de esta Guía de Práctica Clínica es aportar el reconocimiento como problema agudo de la salud, mejorar el proceso de diagnóstico y tratamiento, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo, así como la optimización y racionalización del uso de recursos.

II. OBJETIVO

Establecer las bases para el adecuado diagnóstico, tratamiento y referencia temprana en los casos de embarazo ectópico, así como un criterio homogéneo en el manejo clínico de casos de embarazo ectópico.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Práctica Clínica es de aplicación en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre y Código: Embarazo Ectopico **O00.0**

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 Definición:

El embarazo ectópico es la implantación del blastocito en desarrollo que se produce fuera de la cavidad endometrial.

La localización más frecuente es la trompa de Falopio, que corresponde al 98% de todos los embarazos ectópicos, y de estos el 80% se localizan en la porción ampular. Otras localizaciones menos frecuentes son cervical, intersticial o cornual, cicatriz uterina, intramural, ovárico o abdominal.

Por ser la localización tubárica la más frecuente, esta guía de práctica clínica solo tratará el embarazo ectópico tubárico.

5.2 Etiología:

Implantación anormal del producto de la concepción en una o ambas trompas uterinas.

5.3 Fisiopatología y Patogénesis:

Hay varios factores que pueden estar implicados en la patogénesis de embarazos ectópicos, pero se cree que es el resultado de condiciones que retrasan o impiden el paso del ovocito fecundado en la cavidad uterina o de factores inherentes al embrión que resultan en la implantación prematura. Las condiciones de trompas que pueden afectar el transporte tubárico incluyen: salpingitis crónica y salpingitis itsmica nodosa, entre otras.

5.4 Aspectos Epidemiológicos Importantes.

La incidencia global de embarazo ectópico es de aproximadamente de 20 por cada 1000 embarazos. Esta incidencia creciente está fuertemente asociada con una mayor incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica. En el Callao, según un estudio realizado en nuestro hospital entre el 2008 y 2010 la prevalencia de embarazo ectópico fue de 11.9 casos por cada 1000 embarazos.

5.5 Factores de riesgo

Existen múltiples factores de riesgo asociados al embarazo ectópico tubárico:

Medio Ambiente:

- Ninguno asociado directamente.

Estilos de Vida:

- Múltiples parejas sexuales
- Hábito de Fumar
- Duchas vaginales

Factores Hereditarios:

- Infertilidad
- Tumores uterinos

- Anomalías congénitas de las trompas

Otros Factores de Alto Riesgo:

- Embarazo ectópico previo.
- Cirugía y patología tubárica: salpingitis crónica y salpingitis ítsmica nodosa.

Otros factores:

- Infecciones vaginales previas
- Cirugía en anexos
- Procedimientos de reproducción asistida
- Antecedentes de abortos (Sobre todo en pacientes sometidas a múltiples procedimientos como aspiración manual endouterina o legrados)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 Cuadro clínico.

La presentación clínica se presenta comúnmente alrededor de 6 a 8 semanas de gestación, sin embargo esto va a variar de acuerdo al lugar de la trompa donde se ha implantado el embarazo ectopico, siendo más temprano en los embarazos ectópicos tubáricos a nivel de itsmo o intersticio. Los síntomas y signos clínicos más frecuentes son:

- Sangrado vaginal escaso.
- Dolor abdominal (desde leve hasta presentar reacción peritoneal).
- Retraso de una menstruación esperada.
- Masa anexial al examen físico.
- Signos de hipovolemia como taquicardia, hipotensión o shock en una mujer en estado fértil (embarazo ectópico complicado)

6.2 Diagnostico

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

Clínica

El diagnóstico de sospecha de embarazo ectópico se establece, hasta demostrar lo contrario, en toda mujer sexualmente activa, en edad fértil, con

atraso menstrual, sangrado vaginal y dolor en hemiabdomen inferior, sobre todo si tiene antecedentes de riesgo. Sin embargo, el desarrollo de nuevas técnicas sensibles de determinación de β-HCG y ecografía transvaginal de alta resolución han permitido el diagnóstico temprano y preciso del embarazo ectópico, antes de dar sintomatología clínica clásica.

En el examen físico nos orientara en el diagnóstico y se debe evaluar la estabilidad hemodinámica a través de las funciones vitales. Al realizar el examen abdominal este puede variar desde la normalidad, a sensibilidad abdominal inferior hasta signos peritoneales en caso de ruptura con hemorragia significativa.

En la especuloscopia se confirmara que el sangrado proviene de la cavidad uterina. El examen pélvico bimanual es a menudo poco notable en una mujer con un embarazo ectópico pequeño, no roto, sin embargo en algunos casos se puede palpar masa anexial. Además el útero puede estar algo aumentado de volumen, pero probablemente será más pequeño en relación a la edad gestacional.

Ecografia Transvaginal

La ecografía transvaginal (ETV) es la prueba de imagen más útil para determinar la ubicación de un embarazo. La ETV debe realizarse como parte de la evaluación inicial y puede ser necesario repetir, dependiendo del nivel de hCG-β o una sospecha de ruptura.

La ETV sola (sin medición de hCG-β) puede excluir o diagnosticar un embarazo ectópico sólo si uno de los siguientes hallazgos está presente:
Los resultados de diagnóstico de un embarazo intrauterino (saco gestacional con un saco vitelino o embrión).
Los resultados de diagnóstico de un embarazo en un sitio ectópico (saco gestacional con un saco vitelino o embrión fuera de la cavidad intrauterina).

Son signos ecográficos sugestivos de embarazo ectópico:

- Ausencia de embrión en cavidad uterina, especialmente si el endometrio esta engrosado.
- Presencia de un seudosaco intraútero.
- Signo del «doble halo» en la trompa.
- Doppler color positivo en los dos casos anteriores.
- Líquido en el espacio de Douglas mayor de lo habitual.

Una masa anexial es el hallazgo ecográfico más común en el embarazo ectópico y está presente en mas del 89% de los casos.

La posibilidad de una gestación heterotópica (coexistencia de una gestación intrauterina y un embarazo ectópico) es muy rara, aunque se debe tener en cuenta en pacientes con tratamientos de fertilidad.

HCG-β:

La HCG-β es sintetizada por el trofoblasto, y su presencia es identificada en suero a los 10 días de fecundación. En un embarazo intauterino de evolución normal, los niveles de β-HCG se duplican cada 1.4 a 2.1 días. El incremento mínimo que se ha identificado en 48 horas en un embarazo intrauterino viable es de 53%.

En la mayoría de los casos de embarazo ectópico, los incrementos de β-HCG son a menor velocidad que las de un embarazo normal; lo que se explica por el pequeño volumen que ocupa el trofoblasto y su degeneración progresiva. Por lo tanto, se puede afirmar que existe una alta probabilidad de embarazo ectópico, si los niveles de β-HCG aumentan por debajo del 53%, en el lapso de 48 horas.

Zona discriminatoria: con cifras mayores de 2000 mUI/ml de HCG-β (zona discriminatoria) debería visualizarse un saco gestacional intrauterino. Con valores menores a estos sin presencia de saco gestacional, se hace

diagnóstico de gestación de localidad incierta, y se deben hacer controles periódicos de HCG-β, teniendo 3 posibilidades:

- HCG-β incrementa normalmente (por lo menos 53% en 48h): Se debe realizar ecografía TV cuando alcance la zona discriminatoria para descartar entre embarazo intrauterino viable y embarazo ectópico.
- HCG-β incrementa, pero no a la velocidad normal: indica un embarazo que no es normal (embarazo ectópico o posible aborto). Se debe repetir ecografía buscando signos de embarazo intrauterino no viable o masa anexial que indica embarazo ectópico.
- HCG-β disminuye: es más consistente con un embarazo no viable. Se les debe hacer controles semanales hasta que HCG-β sea indetectable.

Tomar en cuenta que los valores de la zona discriminatoria no se aplican en embarazo múltiple.

Pacientes con valores por encima de la zona discriminatoria, la ecografía es mandatoria.
Si se evidencia una masa anexial y se descarta un embarazo intrauterino, lo más probable es que se trate de un embarazo ectópico.
Si no se evidencia una masa anexial, se debe repetir la HCG-β y ecografía TV en 48 horas, por posibilidad de embarazo multiple.

Culdocentesis

La punción y aspiración del fondo de saco de Douglas tiene utilidad cuando se sospecha presencia de sangre en la cavidad intraperitoneal. Si en el aspirado se obtiene sangre que no coagula, indica la existencia de hemorragia intaperitoneal, con un valor predictivo positivo del 80-95%. Si bien la causa más frecuente es el embarazo ectópico complicado, no se excluye la posibilidad de un quiste ovárico roto, un quiste hemorrágico del cuerpo lúteo, un aborto incompleto o de una menstruación retrógrada. El

índice de falsos positivos es del 5-10%. Si en la culdocentesis se obtiene líquido peritoneal claro, la prueba es negativa pero no descarta la posibilidad de un ectópico intacto. Por todo ello, actualmente la culdocentesis no es una prueba diagnóstica de primera línea.

6.2.2 Diagnóstico Diferencial.

La secuencia diagnóstica descrita del embarazo ectópico, permite establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos ginecológicos como el aborto, la enfermedad inflamatoria pélvica, el cuerpo lúteo hemorrágico o el quiste de ovario complicado (por torsión o rotura), además de otros procesos como la apendicitis e infección de tracto urinario.

6.3 Exámenes Auxiliares

6.3.1 Exámenes de Patología Clínica

- HCG-β cuantitativa
- Hemogramas seriados
- Pre-Quirúrgicos: hemograma, perfil de coagulación, grupo y factor, glucosa, úrea y creatinina, examen de orina

6.3.2 Exámenes de imagen

- Ecografia transvaginal.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Una vez diagnosticado el embarazo ectópico tubárico se deben seguir medidas generales para todas las pacientes, y dependiendo de distintos criterios asignar a cada paciente a un protocolo específico de manejo.

Si bien es cierto, el manejo quirúrgico es el pilar en el tratamiento del embarazo ectópico, el diagnóstico temprano de este ha permitido la instauración de otros manejos más conservadores, utilizando criterios específicos y al mismo tiempo individualizando a cada paciente.

6.4.1 Medidas Generales

a) Hospitalización de la paciente
b) Control de las funciones vitales
c) Exámenes auxiliares de emergencia ya mencionados
d) Instaurar una vía endovenosa con Abocath N° 18 y pasar solución cristaloide según requerimientos
e) En caso que la paciente presente signos de hipovolemia instaurar una segunda vía endovenosa, iniciar fluidoterapia con cristaloides y coloides según se requiera, colocar sonda Foley y tener disponibilidad de paquetes globulares.
f) Firmar consentimiento informado del protocolo de manejo elegido.

6.4.2 Tratamiento Específico

Manejo Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico consiste en el ingreso a la cavidad abdominal vía laparoscópica o laparotomia para la extracción de la gestación ectópica ya sea por salpingostomia o salpinguectomia.

Indicaciones:

- Inestabilidad hemodinámica.
- Sospecha o clínica de ruptura tubarica.
- Contraindicaciones para tratamiento con metotrexate.
- Falla de tratamiento médico con metotrexate.
- Embarazo heterotópico con gestación intrauterina viable.
- Paciente no desea recibir tratamiento médico.
- Paciente que desea esterilización definitiva.

Vía de abordaje:

En ensayos clínicos controlados donde se comparó la cirugía abierta (laparotomía) con la laparoscopía en embarazo ectópico, se encontró que el abordaje laparoscópico fue asociado con menos tiempo operatorio, menos sangrado perioperatorio, menos estancia hospitalaria, menos tiempo de

convalecencia y menos costos. Además, en las pacientes con deseo futuro de fertilidad las tasas de embarazos intrauterinos subsecuentes fueron similares en ambos grupos.

Es por esta razón que la vía de elección propuesta por esta guía será la laparoscópica. Sin embargo, la decisión va a depender del cirujano, en coordinación con el anestesiólogo y tomando en cuenta el estado de la paciente.

Se realizará laparotomía exploratoria en las siguientes circunstancias:

- Sospecha de proceso adherencial severo.
- Inexperiencia en laparoscopía.
- Embarazo intersticial o cornual.
- Contraindicaciones anestésicas.

La posibilidad de conversión de cirugía laparoscópica a laparotomía también dependerá de la decisión del cirujano durante el acto quirúrgico.

Técnica Quirúrgica:

El tratamiento quirúrgico (salpingostomía o salpinguectomía) se seleccionará de acuerdo a las características de cada paciente, y la decisión se tomará en conjunto con la paciente.

No existen diferencias en la tasa de embarazo intrauterino y morbilidad operatoria entre salpinguectomía y salpingostomía, siempre y cuando no se encuentren otros factores de riesgo de infertilidad, como una trompa contralateral afectada.

Por este motivo se indicará salpingostomía sólo en pacientes con deseo de fertilidad y trompa contralateral afectada, por ser una cirugía más conservadora. Por el alto riesgo que existe de presentar trofoblasto persistente en las pacientes a las que se le realiza salpingostomía, se indicara dosis única profiláctica de

metotrexate (MTX 50 mg/m2 IM). Luego se hará seguimiento con controles semanales de HCG-β hasta que se haga indetectable.

Existen situaciones en las cuales no se puede indicar salpingostomía, y la salpinguectomía será de primera elección:

- Deseo de fertilidad y trompa contralateral no comprometida
- Trompa uterina rota
- Embarazo tubárico recurrente en la misma trompa uterina
- Sangrado persistente o incontrolable
- Embarazo tubárico muy grande para ser extraído por salpingostomía (3-5cm)
- Embarazo heterotópico
- Pacientes con paridad satisfecha
- Contraindicaciones de manejo profiláctico con metotrexate

Complicaciones Quirúrgicas:

Las complicaciones quirúrgicas que pueden ocurrir van a ser propias de la forma de abordaje escogido, y su aparición dependerá de los factores de riesgo de cada paciente. Se nombraran las más frecuentes:

Complicaciones luego de laparotomía:

Hematoma, seroma, infección de sitio operatorio, eventración.

Complicaciones luego de laparoscopia:

Relacionadas al acceso abdominal: injuria vascular, perforación gastrointestinal, lesión de víscera sólida, infección de herida operatoria.

Relacionadas al neumoperitoneo: enfisema subcutáneo, enfisema de mediastino, neumotórax, arritmia cardiaca, retención de CO_2, dolor postoperatorio por retención de gas.

Relacionadas al acto operatorio: lesión en víscera.

Alta y Seguimiento:

El alta se indicara cuando la paciente se encuentre hemodinamicamente estable, afebril, con por lo menos 2 días de evolución favorable.

El seguimiento post quirúrgico será a los 5 días por consultorio externo de Ginecología. A las pacientes post operadas de salpingostomia se les realizara control de HCG-β semanal hasta valores indetectables.

Manejo Medico

Definición: El tratamiento médico consiste en la administración sistémica de metotrexate en pacientes debidamente seleccionadas.

El Metotrexate es un antagonista del ácido fólico que inhibe la síntesis de ADN y la reproducción celular de células proliferativas activas como trofoblasto. La dosis utilizada en el manejo de embarazo ectópico es relativamente baja, por lo que la tasa de efectos adversos es baja. La vía de administración es sistémica (intravenosa, intramuscular y oral). La vía más común es la intramuscular, y es la recomendada en los esquemas presentados en la guía.

Candidatas óptimas para el tratamiento médico:

- Masa menor de 3.5 cm
- HCG-β menor de 1500 mUI/ml
- Ausencia de latidos cardiacos fetales
- Paciente hemodinámicamente estable

La tasa de éxito del manejo médico es inversamente proporcional a los niveles de HCG-β. Un HCG-β menor a 1500 mUI/ml está asociado a una tasa de éxito de aproximadamente 94-96%. Este porcentaje disminuye a menos del 90% con un HCG-β mayor a 5000 mUI/ml.

Es por esta razón que dentro de las candidatas óptimas se considera el punto de corte 1500 mUI/ml. Sin embargo en pacientes cuyos valores se encuentren entre 1500 y 5000 mUI/ml se valorará entre el manejo médico y quirúrgico según el criterio del especialista y la decisión de la paciente.

Idealmente se debe recomendar el manejo quirúrgico como primera línea en pacientes que presentan un valor de HCG-β > 5000 mUI/ml.

Contraindicaciones del manejo médico:

Absolutas:

- Inestabilidad hemodinámica.
- Hipersensibilidad al metotrexate.
- Embarazo heterotópico.
- Contraindicaciones del metotrexate: Alteraciones hematológicas (leucopenia, anemia, plaquetopenia), ulcera péptica, lactancia materna, hepatopatía crónica, enfermedad pulmonar activa, disfunción renal, inmunodeficiencia.

Relativas:

- Masa no rota de > 3,5 cm.
- Actividad cardiaca del embrión presente.
- HCG-β mayor a 5000 mUI/ml.
- Imposibilidad de seguimiento.
- Rechazo del paciente a tratamiento médico.

Fuera de los exámenes básicos solicitados, y ya previamente mencionados, se debe solicitar perfil hepático completo para descartar hepatopatía crónica y pruebas de función renal (urea y creatinina), además de una adecuada ampliación de la historia clínica para buscar posibles contraindicaciones al uso de metotrexate.

Esquema de tratamiento:

El esquema de tratamiento recomendado por nuestra guía es el de dosis única. El esquema de dosis múltiple se considerara en casos individuales donde la HCG-β sea mayor a 5000 mUI/ml.

Antes de iniciar el tratamiento se debe firmar consentimiento informado explicando las pautas de tratamiento, los posibles efectos adversos y las

complicaciones del tratamiento, así como también la posibilidad de falla de tratamiento, para lo cual se indicaría el tratamiento quirúrgico.

Dosis única:

El término "dosis única" es equivocado ya que el régimen se puede repetir cuando la respuesta es inadecuada, hasta un máximo de 4 dosis Metotrexate se administra a dosis de 50 mg/m2. El tratamiento busca una reducción del 15% de HCG-β entre los dias 4 y 7.

Dosis multiple:

Este esquema alterna tratamiento con metotrexate (1 mg/kg) con ácido folínico (1 mg/kg). El MTX se continúa hasta que la HCG-β disminuya mas del 15% de la concentración máxima. Aproximadamente el 50% de pacientes no va a requerir el régimen completo de 8 dias. Se puede repetir el esquema de tratamiento hasta un máximo de 4 dosis.

El tratamiento y seguimiento en ambos esquemas se hará mientras la paciente se encuentre hospitalizada.

Una vez que el tratamiento médico con MTX ha sido favorable en ambos esquemas, se dará del alta a la paciente y se debe hacer seguimiento de la paciente con dosajes semanales de HCG-β hasta llegar a valores no gestacionales.

La ecografía transvaginal como parte del seguimiento sólo se realizará si se encuentra actividad cardiaca fetal, y se hará de forma semanal hasta que se deje de presenciar. Además se realizará ecografía de control en caso la paciente presente descompensación clínica durante el tratamiento y/o dolor abdominal intenso. No se justifica el control ecográfico rutinario.

Predictores de falla del manejo médico:

- Actividad cardiaca fetal.
- Tamaño y volumen de la masa gestacional (más de 4 cm).
- Concentración de HCG-β inicial aumentado (más de 5000mUI/ml).
- Presencia de líquido libre peritoneal.
- Concentración de HCG-β que incrementa rápidamente antes del tratamiento con MTX (más de 50% en 48h).
- Incremento continuo y rápido en concentraciones de HCG-β durante el tratamiento con MTX.

Signos que indican falla de tratamiento o posible ruptura tubárica:

- Inestabilidad hemodinámica.
- Aumento de dolor abdominal.
- Incrementos rápidos de HCG-β (mayor a 53% en 2 días) luego de 4 dosis en el esquema de múltiples dosis y 2 dosis en el esquema de dosis única de MTX.

Efectos adversos:

Asociados al metotrexate:

- Náuseas y/o vómitos.
- Diarrea.
- Gastritis.
- Estomatitis.
- Alteración de la función hepática.
- Supresión de medula ósea / neutropenia severa (raro).
- Alopecia (raro).
- Neumonitis transitoria (raro).

Asociados al tratamiento:

- Aumento de circunferencia abdominal.
- Aumento de HCG-β durante el tratamiento inicial: Es importante tener en cuenta que durante los primeros 3 días se puede presentar un

incremento de los valores de HCG-β. Se recomienda no modificar el esquema escogido e instaurado al iniciar el tratamiento, hasta tener certeza de la falla de tratamiento según criterios.

- Sangrado vaginal o spotting.
- Dolor abdominal entre los días 3 y 7 de tratamiento que se resuelve entre 4 a 12 horas.
- Hematosalpinx.
- Hematocele pélvico.

Recomendaciones:

- Evitar relaciones sexuales hasta que los niveles de β-HCG sean indetectables.
- Evitar examen pélvico y ecografías durante el seguimiento de tratamiento médico con metotrexate. Realizar ecografía solo en casos de dolor persistente, aumento de β-HCG o duda sobre ruptura tubárica.
- Evitar la exposición al sol para evitar la dermatitis por metotrexate.
- Evitar comidas y vitaminas que tengan ácido fólico.
- Evitar comidas que produzcan distensión abdominal por gases ya que aumentan el dolor.
- Evitar embarazo nuevo hasta que el β-HCG sea indetectable para permitir la resolución del edema tubárico y la excreción de β-HCG.

La resolución completa de un embarazo ectópico con tratamiento médico usualmente toma entre 2 a 3 semanas, pero puede llevar hasta 6 a 8 semanas si los niveles de β-HCG fueron inicialmente altos. Si los niveles que inicialmente disminuyeron vuelven a elevarse, se hace el diagnóstico de embarazo ectópico persistente, y se debe modificar la conducta a tratamiento quirúrgico.

Manejo Expectante

La conducta expectante es una estrategia conservadora que consiste en la observación y la evaluación del embarazo ectópico con la

finalidad que el mismo se resuelva con éxito y espontáneamente sin la intervención farmacológica o quirúrgica.

Candidatas óptimas para el tratamiento expectante:

- Embarazo ectópico sin evidencia de ruptura.
- Clínicamente estable y asintomática.
- Concentraciones de ß-hCG menor a 1000 mIU/ml.
- Paciente acepta tratamiento y seguimiento.

El seguimiento será por consultorio externo, y debe ser entre una y tres veces por semana con dosaje de HCG-β sérica cuantitativa y ecografía según el caso requiera. Un rápido descenso de nivel β-hCG mayor al 50 % en 48 horas predice un resultado exitoso.

Si los niveles de β-HCG permanecen estáticos o su disminución es mínima, considerar el tratamiento quirúrgico o médico. Caso contrario dosaje semanal hasta que se haga indetectable momento en el cual se precederá al alta de la paciente.

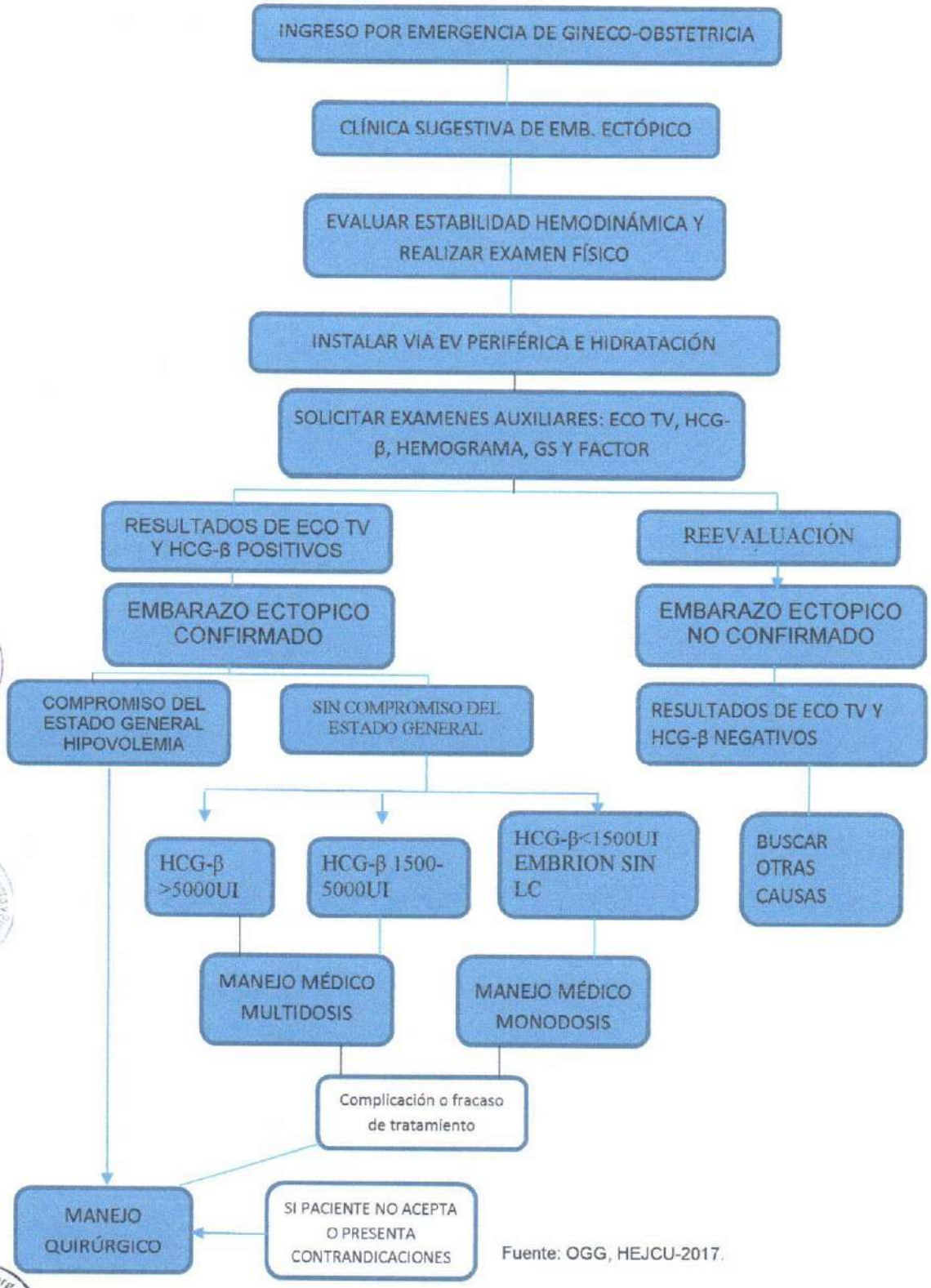
Pronostico:

- Embarazo ectópico no complicado: pronostico bueno
- Embarazo ectópico complicado sin shock hipovolémico y con trompa residual sana: pronostico bueno.
- Embarazo ectópico complicado sin shock hipovolémico y con trompa residual afectada: pronóstico reproductivo reservado.
- Embarazo ectópico complicado con shock hipovolémico va a depender de las secuelas del shock hipovolémico: Pronóstico reservado.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa por ser una institución con FONE tiene capacidad resolutiva de estas patologías.

6.7 FLUJOGRAMA



Fuente: OGG, HEJCU-2017.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Craig L, Khan S. Expectant management of ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY . VOLUME 55, NUMBER 2, 461–470 . 2012.
2. Givens V, Lipscomb G. Diagnosis of ectopic pregnancy. MDW CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY .VOLUME 55, NUMBER 2, 387–394 R 2012,
3. Visconti K, Zite N, HCG in ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY VOLUME 55, NUMBER 2, 410–417 R 2012
4. Marion I, Rodney G. Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY .VOLUME 55, NUMBER 2, 376–386 R 2012,
5. Medical management of ectopic pregnancy GARY H. LIPSCOMB, MD CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 424–432 R 2012,
6. Argyropoulos E, Barnhart K, Medical management of ectopic pregnancy: a comparison of regimens CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 440–447 R 2012
7. Stika C. Methotrexate: the pharmacology behind medical treatment for ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 433–439 R 2012
8. Juneau C, Wright G. Reproductive outcomes after medical and surgical management of ectopic pregnancy CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY .VOLUME 55, NUMBER 2, 455–460 R 2012
9. Rausch M, Barnhart K. Serum biomarkers for detecting ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 418–423 R 2012
10. Stock L, Milad M. Surgical management of ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 448–454 R 2012
11. Casikar I, Reid S, Condous G. Ectopic pregnancy: ultrasound diagnosis in modern management CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY VOLUME 55, NUMBER 2, 402–409 R 2012.

ACTA DE REUNION

Siendo las 9 am del día Viernes 15 de Diciembre 2017, en la Sala de Reuniones de la Direccion General ,se reúne el Comité de Elaboración ,Revisión,y Actualización de las Guias de Practica Clinica del HEJCU ,y los Jefes de Departamentos Asistenciales.

ASISTENTES:

- M.C. ENRIQUE GUTIERREZ YOZA.- Presidente Comité. Director General HEJCU.
- M.C. HENRY LOWELL ALLPAS GOMEZ .-Director Medico del HEJCU.
- M.C. SONIA ESCUDERO VIDAL.- Integrante .Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- M.C. ANA LUISA SALAZAR TUPIA.- Integrante .Servicio Pediatria.
- M.C. RICARDO TOMAS ALARCÓN GUTIERREZ .-Integrante .Dpto.Cirugia .
- M.C . NADJA PAOLA MALAGA GUERRA.-Integrante. Dpto.Anestesiologia.
- M.C. VICTOR HAROLD CÓRDOVA DEL CASTILLO .-Integrante. Dpto.Neurocirugia.
- M.C. HUGO ALEXIS MORENO ASCENCIOS.-Integrante. Dpto.Traumatologia.
- M.C. LUIS CASTRO MOREANO . Jefe. Dpto.Cirugia.
- M.C. MIGUEL ANDUAGA MUÑOZ. Jefe . Dpto. Anestesiologia.
- M.C. JOSE MIRANDO MEJIA MUÑOZ . Jefe . Dpto. Neurocirugia.
- M.C. LUIS HERRERA QUISPE.- Jefe del Departamento de Medicina.
- M.C. Jaime VASQUEZ YZAGUIRRE.- Jefe del Departamento de Traumatología

AGENDA:

1. Presentación por parte del Director General Presidente del Comité de GPC.
2. Presentación por parte de la Oficina de Gestión de la Calidad de las Guias de Practica Clinica institucionales : **Manejo del Embarazo Ectopico**
3. Validación de la Metodologia empleada.
4. Aprobación GPC.

DESARROLLO DE LA REUNION:

1. La Oficina de Gestión de la Calidad, procedió a realizar la presentación de los aspectos técnicos-metodológicos de las GPC, la normativa vigente.Se realizó un intercambio de opiniones y se procedió a analizar las GPC. Asimismo se planteó las dificultades en la elaboración de las GPC encontradas, y propuestas de solución.

2. **ACUERDOS:**
   1. Aprobar las Guia de Practica Clinica , elaborada,con RD.
   2. Continuar con la elaboración de GPC ,del servicio de Ginecologia ,y otras guias de los diferentes Departamentos.

Siendo las 11.00am del día 15 de Diciembre, se dio por concluida la reunión, firmando en señal de conformidad los presentes.

.....

M.C ENRIQUE GUTIERREZ YOZA
Director General –Presidente Comité GPC.

M.C. HENRY LOWELL ALLPAS GOMEZ .
Director Medico

M.C. SONIA ESCUDERO VIDAL .
Integrante .-Jefe Oficina Gestión de la Calidad.

.....

M.C.RICARDO TOMAS ALARCÓN GUTIERREZ
.Integrante.-Dpto.Cirugia.

M.C. ANA LUISA SALAZAR TUPIA.-Integrante
Servicio de Pediatria.

M.C. NADJA PAOLA MALAGA GUERRA.-Integrante.
Departamento Anestesiologia

M.C.VICTOR HAROLD CÓRDOVA DEL CASTILLO
Integrante .Dpto Neurocirugia.

M.C.HUGO ALEXIS MORENO ASCENCIOS.-Integrante.
Departamento de Traumatologia.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

LUIS CASTRO MOREANO
Jefe Dpto.Cirugia.

MIGUEL ANDUAGA MUÑOZ
CMP 21610 RNE 21119

M.C. MIGUEL ANDUAGA MUÑOZ
Jefe Dpto.Anestesiologia

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

DR. JAIME VASQUEZ YZAGUIRRE
JEFE DEL DEPTO DE TRAUMATOLOGIA
C.M.P. 21953 R.N.E. 9664

M.C. JAIME VASQUEZ YZAGUIRRE
Jefa del Departamento de Traumatologia

M.C. LUIS HERRERA QUISPE
Jefe (e) del Departamento de Medicina