



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias
"José Casimiro Ulloa"

"Guía de Práctica Clínica de Manejo del Embarazo Ectópico"

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSÉ CASIMIRO ULLOA" DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

CODIGO CIE 10: O00.0

2021



ÍNDICE

I.	FINALIDAD	2
II.	OBJETIVO	2
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	2
IV.	PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR	2
4.1.	NOMBRE Y CÓDIGO	2
V.	CONSIDERACIONES GENERALES	
5.1.	DEFINICIÓN	3
5.2.	ETIOLOGÍA	3
5.3.	FISIOPATOLOGIA Y PATOGÉNESIS.....	3
5.4.	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS IMPORTANTES.....	4
5.5.	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	4
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	
6.1.	CUADRO CLÍNICO	5
6.2.	DIAGNÓSTICO	5
6.2.1.	CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.....	5-9
6.2.2.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	9
6.3.	EXÁMENES AUXILIARES.....	9
6.3.1.	PATOLOGÍA CLÍNICA	9
6.3.2.	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	9
6.4.	MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	
6.4.1.	MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS.....	9 -11
6.4.2.	TRATAMIENTO ESPECÍFICO.....	11
6.4.3.	MANEJO QUIRÚRGICO.....	11-19
6.5.	COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS.....	19
6.6.	CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	20
6.7.	FLUXOGRAMA	21
VII.	ANEXOS.....	22-23
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	24-25





I. FINALIDAD

La finalidad de esta Guía de Práctica Clínica es estandarizar el Manejo del Embarazo Ectópico en emergencia, reconociéndolo como un 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.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto profundo en los sistemas de atención de la salud de todo el mundo. La alteración de los servicios, los cierres nacionales, y el miedo a acudir a los centros de atención de la salud significan que se prevé que los efectos adversos de la COVID-19 conlleven consecuencias de salud que se extiendan más allá de las muertes y enfermedades provocadas por el virus en sí.

Además, hubo un aumento de casi seis veces en la cirugía por embarazos ectópicos (cuando el óvulo fertilizado se desarrolla fuera del útero) durante la pandemia. Si se descubren pronto, los embarazos ectópicos en general se tratan con fármacos. El aumento en la cirugía por el embarazo ectópico sugiere que más mujeres retrasaron la atención, según los investigadores.

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 la conducta médica en casos de embarazo ectópico.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre y Código: Embarazo Ectópico 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.

5.2 Etiología:

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

El sitio más común de implantación ectópica son las trompas de Falopio, con un 95%. El establecimiento de un óvulo fecundado fuera de las trompas de Falopio es raro: ocurre sólo en el 1.3% de los embarazos.

La etiología de la entidad está relacionada con desequilibrios hormonales, alteraciones en la motilidad tubárica u otros factores desencadenantes de la destrucción anatómica de las trompas.

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

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. Según un estudio realizado en el Hospital del Callao San José entre los años 2008 y 2010, se observó que la prevalencia de embarazos ectópicos fue de 11.9 casos por cada 1000 embarazos.

5.5 Factores de riesgo asociados

Existen múltiples factores de riesgo asociados al embarazo ectópico tubárico:

5.5.1 Medio Ambiente:

- Ninguno asociado directamente.

5.5.2 Estilos de Vida:

- Múltiples parejas sexuales
- Hábito de Fumar
- Duchas vaginales

5.5.3 Factores Hereditarios:

- Infertilidad
- Tumores uterinos
- Anomalías congénitas de las trompas

5.5.4 Otros Factores de Alto Riesgo:

- Embarazo ectópico previo.
- Cirugía y patología tubárica: salpingitis crónica y salpingitis itsmica 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 ectópico, siendo más temprano en los embarazos ectópicos tubáricos a nivel de istmo 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 Diagnóstico

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

Clinica

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 ha permitido el diagnóstico temprano y preciso del embarazo ectópico, antes de dar sintomatología clínica clásica.

En el examen físico nos orientará 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 confirmará 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.

Ecografía 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 está 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 más 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 intrauterino 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 localización 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 múltiple.

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 intraperitoneal, 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.
- Hemoglobina seriada.
- Pre-Quirúrgicos: hemograma completo, perfil de coagulación, grupo, factor y pruebas cruzadas.

6.3.2 Exámenes de imagen

- Ecografía transvaginal.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Una vez diagnosticado el embarazo ectópico se deben seguir medidas generales para todas las pacientes, y dependiendo de la idiosincrasia de cada caso clínico se establecerá para cada paciente, la conducta médica a seguir.

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 y Preventivas

- a) Ingreso de la paciente a hospitalización.





- 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 cristaloides 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.
- g) En caso de pacientes y familiares renuentes a la transfusión sanguínea, pero con criterios clínicos para ello; se procederá a informar al Jefe de la Guardia quien deberá llamar al Fiscal de Turno para comunicar los hechos, los mismos que quedarán registrados en la historia clínica del paciente.

1. Recomendaciones durante la atención en Emergencia.

- a. Todo paciente admitido para atención de emergencia de Embarazo Ectópico, debe haber pasado por el triaje diferenciado Covid-19, antes de ingresar al hospital.
- b. Todo paciente debe ingresar al tópico de Ginecología solo o con un sólo acompañante de ser necesario portando ambas personas en todo momento mascarilla simple.
- c. Todo paciente debe ser considerado como sospechoso COVID19 o portador SARSCoV-2 asintomático, hasta demostrarse lo contrario.
- d. El personal médico realizará la atención de emergencia portando equipo de protección personal más el uso de guantes descartables para cada paciente y respetando el distanciamiento mínimo permitido (un metro).
- e. Todo paciente, previo a la hospitalización, debe ser tamizado clínicamente y/o con una prueba rápida para SARS-COV2.
- f. El tamizaje clínico y laboratorial debe ser reportado en la historia clínica de forma obligatoria por el personal médico. Detallando cuantitativamente la temperatura y signos/síntomas según corresponda.





De este modo el paciente será considerado como:

1. No Covid19
2. Caso Sospechoso Covid19
3. Caso confirmado Covid19

6.4.2 Tratamiento Específico

6.4.3 Manejo Quirúrgico.

Los pacientes que serán intervenidos de emergencia, deberán incluir dentro de la preparación preoperatoria, el set de pruebas diagnósticas para SARS-CoV2 y tomografía de tórax en busca de presencia de neumonía atípica. De ser alguna de ella positiva y si la condición del paciente lo permite, se debe sopesar riesgos versus beneficios de la cirugía y, en caso ésta se realice, se deberá cumplir estrictamente los protocolos específicos para la atención quirúrgica de pacientes COVID-19.

En el ambiente de Sala de Operaciones, se recomienda el uso de un quirófano exclusivo para los procedimientos quirúrgicos de pacientes COVID19.

El tratamiento quirúrgico consiste en el ingreso a la cavidad abdominal vía laparoscópica o laparotomía para la extracción de la gestación ectópica ya sea por salpingostomía o salpinguectomía.

Indicaciones:

- Inestabilidad hemodinámica.
- Sospecha o clínica de ruptura tubárica.
- 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 laparoscopia 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. Además, deberá considerarse para la elección de la vía, el entrenamiento de los profesionales en laparoscopia, dado que los estudios también señalan que el éxito o fracaso de este tipo de cirugías está relacionado al expertis del profesional en el uso del laparoscopio.

Es por esta razón que la vía de elección dependerá 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 laparoscopia.
- 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 indicará 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

Alta y Seguimiento:

El alta se indicará cuando la paciente se encuentre hemo dinámicamente 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 salpingostomía se les realizará control de HCG-β semanal hasta valores indetectables.

Manejo Médico

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 cardíaca 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 considerará 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 días 4 y 7.



**Dosis múltiple:**

Este esquema alterna tratamiento con metotrexate (1 mg/kg) con ácido fólico (1 mg/kg). El MTX se continúa hasta que la HCG- β disminuya más del 15% de la concentración máxima. Aproximadamente el 50% de pacientes no va a requerir el régimen completo de 8 días. 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 cardíaca 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 cardíaca 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 β -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 procederá al alta de la paciente.

Pronóstico:

- Embarazo ectópico no complicado: pronóstico bueno
- Embarazo ectópico complicado sin shock hipovolémico y con trompa residual sana: pronóstico 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.

6.5 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 nombrarán 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 viscera 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 viscera.





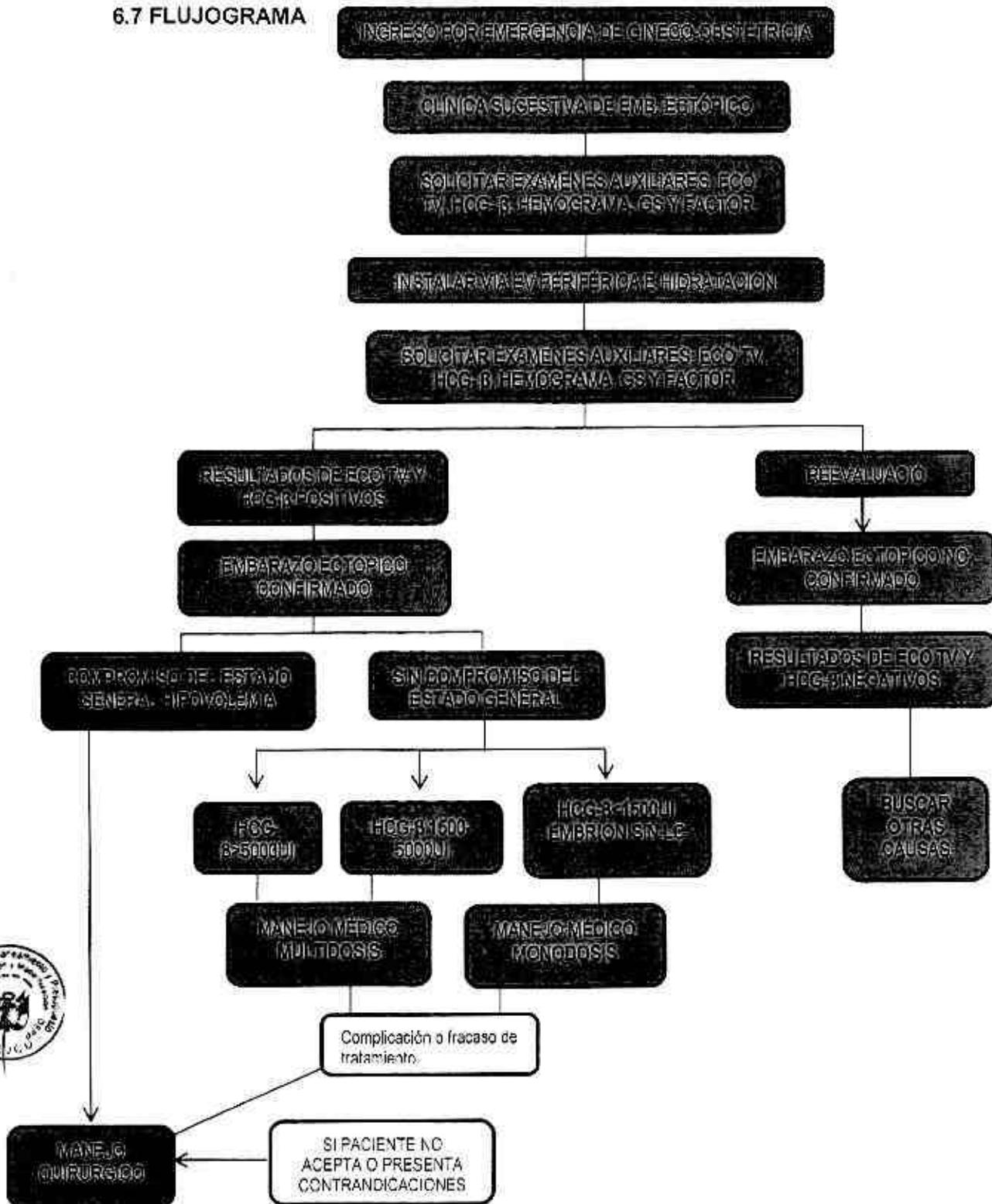
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

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





6.7 FLUJOGRAMA



Fuente: OGC-HEJCU, 2021.





VII. ANEXOS

Cuadro N° 1

Índice Elito Camacho orientador en el tratamiento sistémico con dosis única de MTX(50 mg/m² IM)

	PUNTUACION		
	0	1	2
B -HCG mUI/ ml	>5.000	1.500-5000	<1.500
Aspecto de la Imagen ecográfica	Embrión vivo	Anillo tubárico	Hematosalpinx
Diámetro máximo de la masa	>3.0 -3.5	2.6-3.0	<2.5
Doppler a color	Riesgo elevado	Riesgo medio	Riesgo bajo

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO MEDICO

- Metotrexate (administración sistémica) y las prostaglandinas (aplicación local).
- 1 mg /kg de peso corporal cada dos días (un total de 4 dosis) por vía intravenosa

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Laparoscopia con salpingostomía se ha impuesto como técnica preferida para tratamiento de embarazo ectópico





TRATAMIENTO QUIRURGICO

INDICACIONES

- Hemodinámicamente inestable.
- Inminente o ruptura de masa ectópica en curso.
- Contraindicaciones para el uso de metotrexate
- Coexistencia de embarazo intrauterino
- Deseo de anticoncepción permanente
- Enfermedad tubarica conocida y con planes de fertilización in vitro para un futuro
- Falla de la terapia médica.

Tulandi T. Surgical treatment of ectopic pregnancy and prognosis for subsequent fertility. UpToDate 2008



Tratamiento quirúrgico

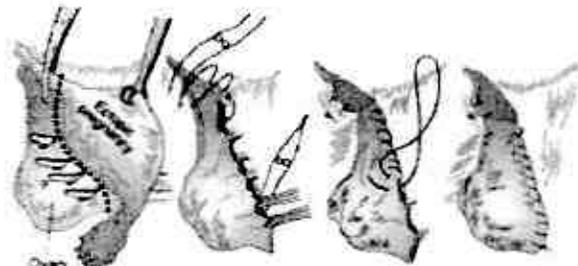
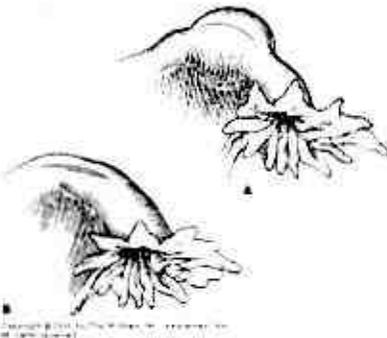
Son indicaciones para tratamiento quirúrgico en embarazo tubario:

- ❖ Pacientes no candidatas a tratamiento médico con metotrexate.
- ❖ Falla al tratamiento médico
- ❖ Embarazo heterotópico con embarazo intrauterino viable
- ❖ Pacientes hemodinámicamente inestables (deben ser estabilizadas antes de entrar a quirófano)
- ❖ En pacientes con embarazo tubario hemodinámicamente estables, se recomienda el abordaje laparoscópico



Las indicaciones de salpingectomía incluyen:

- ❖ Daño severo de la tuba uterina
- ❖ Embarazo tubario recurrente en la misma tuba uterina
- ❖ Sangrado persistente después de la salpingostomía
- ❖ Embarazo tubario mayor a 5 cm
- ❖ Embarazo heterotópico
- ❖ Pacientes con paridad satisfecha





VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. The Lancet Global Health. Covid-19 y Embarazo ,31 marzo 2020.
2. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis, 2020. Tulandi T. Hallado en: <https://www-uptodate-com.pucdechile.idm.oclc.org/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?>
3. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. NICE clinical guideline, 2019. National Institute for Health and Care Excellence. Hallado en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>. Acceso el 04 de Marzo de 2020.
4. Glenn T, Bembre J, Findley A, Yaklic J, Bhagavath B, Gagneux P, et al. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Current Ma1.
5. Martínez A, Quintero L, García C, Fernández A. Embarazo ectópico cervical: diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. Reporte de caso. Universitas Médica 2018;59(1). <http://doi.org/10.11144/Javeriana.umed59-1.ecto.nagement> Strategies. Obstetrical and gynecological Survey 2018;73(5):293-301.
6. Ortolá S, Serrano J, Ortega A. Embarazo Ectópico sobre cicatriz de cesárea. Prog Obstet Ginecol 2018;61(3):261-263.
7. Cuello M, Miranda V, Ralph C. Embarazo Ectópico. Ginecología 1. General y Salud de la Mujer. 1ª ed. Santiago: Ediciones UC, 2017; págs. 259-269.
8. 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.
9. Ko J, Cheung V. Time to Revisit de Human Chorionic Gonadotropin Discriminatory Level in the Management of Pregnancy of Unknown Location. J Ultrasound Med 2014; 33:465-471.
10. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, Tinelli A, Malvasi A, Jonat W, et al. Clinical Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. Obstetrical and Gynecological Survey 2013; 68(8):571-581.
11. 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.
12. Givens V, Lipscomb G. Diagnosis of ectopic pregnancy. MDW CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY .VOLUME 55, NUMBER 2, 387–394 R 2012,
13. Visconti K, Zite N, HCG in ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY VOLUME 55, NUMBER 2, 410–417 R 2012





14. Marion I, Rodney G. Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. VOLUME 55, NUMBER 2, 376–386 R 2012.
15. Medical management of ectopic pregnancy GARY H. LIPSCOMB, MD *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. VOLUME 55, NUMBER 2, 424–432 R 2012.
16. 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.
17. Stika C. Methotrexate: the pharmacology behind medical treatment for ectopic pregnancy. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. VOLUME 55, NUMBER 2, 433–439 R 2012.
18. 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.
19. Rausch M, Barnhart K. Serum biomarkers for detecting ectopic pregnancy. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. VOLUME 55, NUMBER 2, 418–423 R 2012.
20. Stock L, Milad M. Surgical management of ectopic pregnancy. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. VOLUME 55, NUMBER 2, 448–454 R 2012.
21. 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.
22. Marion I, Rodney G. Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY / VOLUME 55 / NUMBER 2/ JUNE 2012*.
23. 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.
24. Newbatt E, Beckles Z, Ullman R, Lumsden M. Ectopic pregnancy and miscarriage: summary of NICE guidance. *MJ* 2012;345: e8136.
25. Yglesias E. Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. *Rev. Perú. epidemiol.* Vol 15 N Diciembre 2011.





HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

Perú-2021, Agosto

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Guía de práctica clínica: Manejo de Embarazo Ectópico

Lima: HEJCU, 2021.

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°: 2021-

© 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	pág. 5
▪ Conformación del GEG	pág. 6-7
▪ Siglas y acrónimos	pág. 8
▪ Declaración de conflictos de interés	pág. 8-11
▪ Antecedentes	pág. 11
II. Métodos	
▪ Alcance y objetivos de la GPC	pág. 11
▪ Ámbito asistencial	pág. 12
▪ Formulación de las preguntas	pág. 12-13
▪ Identificación de desenlaces	pág. 13
▪ Búsqueda de la evidencia	pág. 13
▪ Revisión y síntesis de la evidencia identificada	pág. 14
▪ Graduación de la evidencia	pág. 14
▪ Formulación de las recomendaciones	pág. 14-15
▪ Revisión Externa	pág. 15-16
III. Resumen de la Guía de Práctica Clínica	
▪ Flujogramas del manejo del problema	pág. 17
▪ Lista completa de recomendaciones	pág. 17
IV. Desarrollo de las Preguntas y Recomendaciones Basadas en la Evidencia	
a. Factores de Riesgo y Prevención	pág. 18-19
▪ 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	pág. 19-22
▪ 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	pág. 22-29
▪ Conceptos generales /específicos.	
▪ Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada.	
▪ Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE.	
▪ Recomendaciones	



d. Monitoreo y Seguimiento del Paciente

pág. 29-30

- 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

pág. 31

VI. Plan para evaluación y monitoreo de la GPC

pág. 31

VII. Referencias bibliográficas

pág. 32-33

VIII. Glosario

pág. 34

IX. Anexos

pág. 35



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

I. GENERALIDADES:

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto profundo en los sistemas de atención de la salud de todo el mundo. La alteración de los servicios, los cierres nacionales, y el miedo a acudir a los centros de atención de la salud significan que se prevé que los efectos adversos de la COVID-19,

Los investigadores analizaron muestras experimentales del virus, así como datos epidemiológicos reportados en 14 estudios de cinco países (Reino Unido, Estados Unidos, China, Perú y España), en los que participaron 1.055 embarazadas que habían padecido COVID-19, y encontraron que el virus puede afectar la expresión de 30 genes. El equipo de Khalil revisó 40 estudios que incluyeron datos sobre 6 millones de embarazos en 17 países. Los estudios, que evaluaron el impacto colateral de la pandemia, fueron publicados entre el 1 de enero de 2020 y el 8 de enero de 2021.

En general, hubo un aumento del 28 por ciento en las probabilidades de dar a luz a un mortinato, que es la pérdida del feto después de las 20 semanas, y el riesgo de las madres de morir durante el embarazo o el parto aumentó en un tercio.

Además, hubo un aumento de casi seis veces en la cirugía por embarazos ectópicos (cuando el óvulo fertilizado se desarrolla fuera del útero) durante la pandemia. Si se descubren pronto, los embarazos ectópicos en general se tratan con fármacos. El aumento en la cirugía por el embarazo ectópico sugiere que más mujeres retrasaron la atención, según los investigadores.

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 aumentando 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:

Nº	Nombres:	Cargo:
01	M.C. Luis Pancorvo Escala	Director General. Presidente
02	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Médica Anestesióloga - Jefe de la Oficina de Calidad Integrante
03	M.C. Pablo Gerardo Arredondo Manrique.	Médico Cirujano General- Representante de Cirugía Integrante
07	M.C. Walter Fumachi Romero	Médico Anestesiólogo- Representante de Anestesiología Integrante
09	M.C. Víctor Leonel Uacsa Saravia.	Médico Neurocirujano- Representante de Neurocirugía Integrante
10	MC. Jorge Herrera Quispe	Jefe UCI- Departamento de Medicina Integrante
13	MC. Jaime Alberto Vásquez Yzaguirre.	Jefe Dpto. Traumatología. Integrante

El grupo elaborador de la GPC se encuentra conformado por:

Nº	Nombres:	Cargo:
01	M.C. Luis Enrique Arévalo Hernández	Médico Gineco Obstetra – Departamento de Cirugía-Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
02	M.C. Johana Silva Pacheco	Médico Gineco Obstetra – Departamento de Cirugía-Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
06	M.C. Wilma Jhannet Miranda Medina	Médico Gineco Obstetra – Departamento de Cirugía-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. Manuel Vilchez	Médico Cirujano–Jefe Departamento de Cirugía-Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.



El grupo revisor de la GPC se encuentra conformado por:

Nº	Nombres:	Cargo:
01	Dr. Alfredo Alonso Celis López	Médico Gineco Obstetra – Clínica Angloamericana.
02	Dr. Sixto Sánchez Calderón	Médico Gineco Obstetra – Hospital Nacional Dos de Mayo.
03	M.C. Fradis Olivares	Mg. Metodología de la Investigación -INEN



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 "sí", describa brevemente las circunstancias en la última página de este formulario. El término "sí" 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

Sí No

1b Consultor (incluye servicios de asesoría técnica entre otros)

Sí 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 máquina, 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 intereses 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 "sí", describa las circunstancias en 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, número 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 establecer la conducta médica a seguir en 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 ESPECÍFICOS:

- 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 diagnóstica en la emergencia del HEJCU.
- Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad 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 clínico 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 terapéutica en pacientes con Embarazo Ectópico?
9. ¿Cuáles son los criterios para indicar metotrexato?
10. ¿Cuál es la terapéutica 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 ectópico 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 abstracts 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.8. FORMULACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES:

El grupo de trabajo de la Guía ha desarrollado directrices graduando las recomendaciones y evaluando la calidad de la evidencia de apoyo de acuerdo con el enfoque GRADE para el diagnóstico.

Calidad de las pruebas (Confianza en las estimaciones disponibles de los efectos del tratamiento) se clasifica como: alta, moderada, baja o muy baja en base a la consideración del riesgo de sesgo, la franqueza, la coherencia y la precisión de las estimaciones. Alta calidad la evidencia indica que estamos muy seguros que el efecto verdadero está cerca de la estimación del efecto.

Las pruebas de calidad moderada indica la confianza moderada, y que el verdadero efecto es probable que está cerca de la estimación del efecto, pero hay una posibilidad que sea sustancialmente diferente. Baja calidad la evidencia indica que nuestra confianza en la estimación del efecto es limitado, y que el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente.

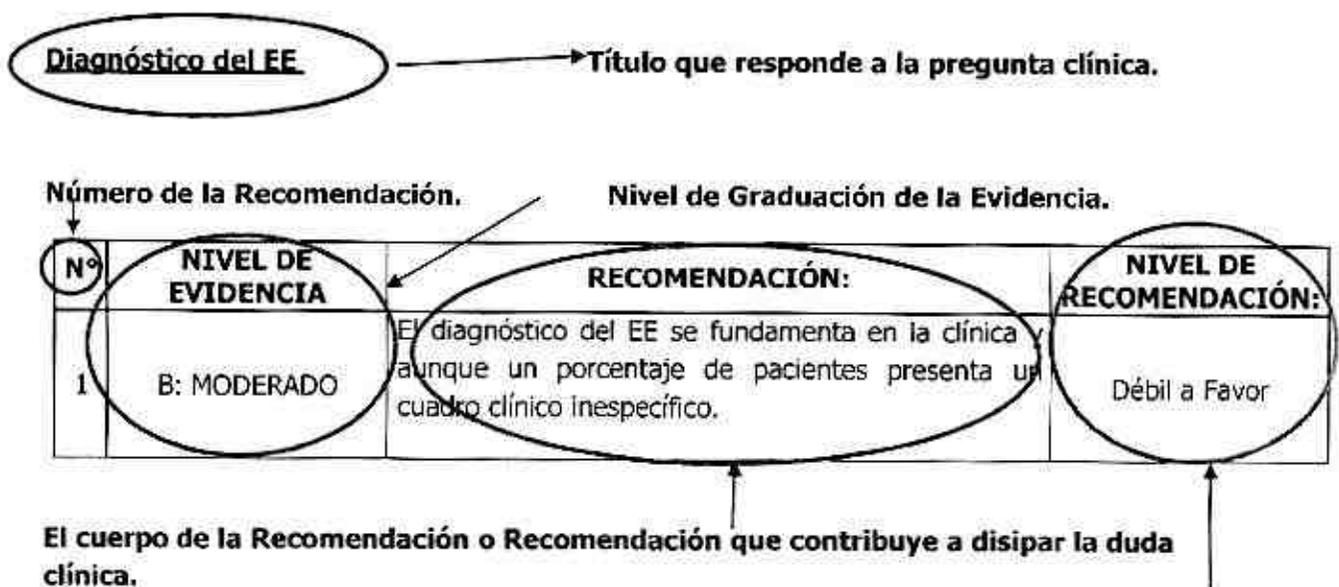
Pruebas de muy baja calidad indica que la estimación del efecto de las intervenciones es



muy incierto, el verdadero efecto es probable que sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto y más investigación es probable que tenga importantes potenciales para reducir la incertidumbre.

La fuerza de las recomendaciones se expresa ya sea como fuerte o débil y tiene implicaciones explícitas. La comprensión de la interpretación de estos dos grados es esencial para la toma de decisiones clínicas.

Las recomendaciones han sido formuladas bajo la metodología de graduación GRADE y previa evaluación de la evidencia, siguiendo la siguiente metodología:



Señala el Nivel de Graduación de la Recomendación.

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 analizarán 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 Angloamericana, Past President de la Sociedad de Gineco Obstetricia del Perú.

Dr. Sixto Sánchez 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. Fradis Olivares; Mg. Metodología de la Investigación –INEN.

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

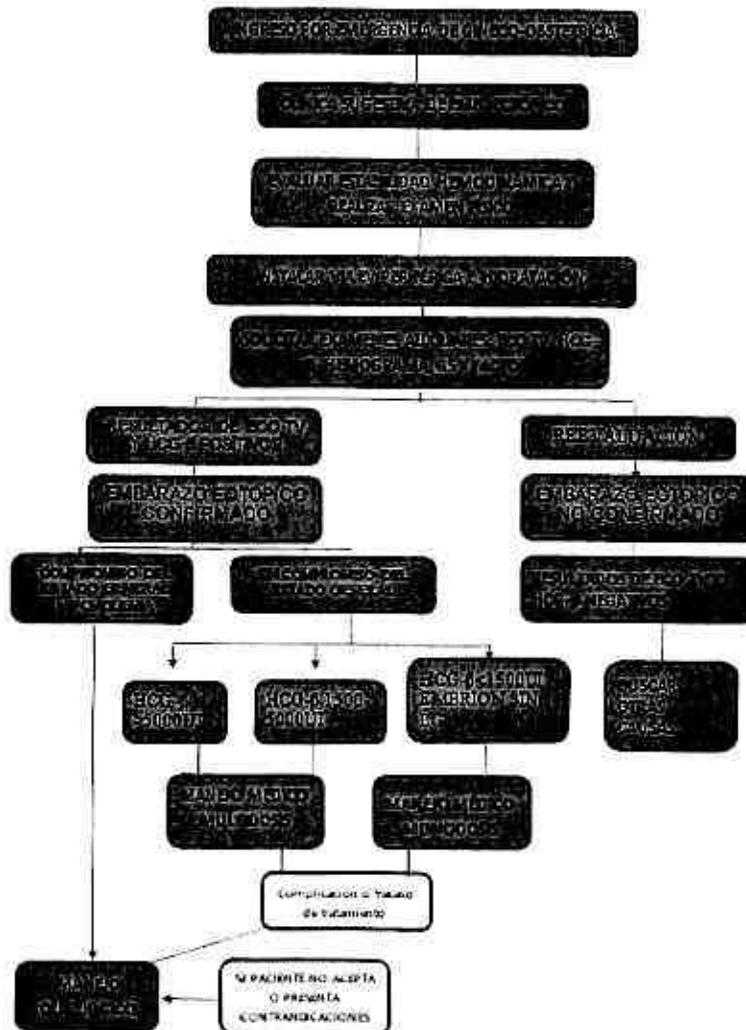
Se le entregó una copia de la Guía de Práctica Clínica y una hoja en blanco a la paciente de iniciales D.E.C.E. con Historia Clínica N° 256811, para que formule sus dudas y nos presente sus sugerencias, las cuales fueron absueltas en su totalidad, antes de realizar la aplicación de la Guía en el público 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, 2021.



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	<p>El embarazo ectópico es la implantación del blastocito en desarrollo que se produce fuera de la cavidad endometrial.</p> <p>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.</p>	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	<p>Existen múltiples factores de riesgo asociados al embarazo ectópico tubárico:</p> <p>Medio Ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ninguno asociado directamente.Estilos de Vida:• Múltiples parejas sexuales• Hábito de Fumar• Duchas vaginales <p>Factores Hereditarios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infertilidad• Tumores uterinos• Anomalías congénitas de las trompas <p>Otros Factores de Alto Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Embarazo ectópico previo.• Cirugía y patología tubárica: salpingitis crónica y salpingitis ístmica nodosa.	Débil a favor



	Otros factores: <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>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 ectópico, siendo más temprano en los embarazos ectópicos tubáricos a nivel de istmo o intersticio. Los síntomas y signos clínicos más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>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.</p>	Fuerte a favor
B: Calidad Moderada	<p>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</p>	Fuerte a favor



	peritoneales en caso de ruptura con hemorragia significativa.	
B: Calidad Moderada	En la especuloscopia se confirmará 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	<p>PATOLOGÍA CLÍNICA:</p> <p>HCG-β cuantitativa:</p> <p>La HCG-β es sintetizada por el trofoblasto, y su presencia es identificada en suero a los 10 días de fecundación. En un embarazo intrauterino 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%.</p> <p>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.</p> <p>Zona discriminatoria: con cifras mayores de 2000 mUI/ml de HCG-β (zona discriminatoria) debería</p>	Fuerte a favor



	<p>visualizarse un saco gestacional intrauterino. Con valores menores a estos sin presencia de saco gestacional, se hace diagnóstico de gestación de localización incierta, y se deben hacer controles periódicos de HCG-β, teniendo 3 posibilidades:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>HCG-β disminuye: es más consistente con un embarazo no viable. Se les debe hacer controles semanales hasta que HCG-β sea indetectable.</p> <p>Tomar en cuenta que los valores de la zona discriminatoria no se aplican en embarazo múltiple.</p> <p>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 múltiple.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemogramas seriados • Pre-Quirúrgicos: hemograma, perfil de coagulación, grupo, factor y Pruebas Cruzadas. 	
<p>B: Calidad Moderada</p>	<p>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, dependiendo del nivel de hCG-β o una sospecha de ruptura.</p> <p>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).</p>	<p>Fuerte a Favor</p>



	<p>Los resultados de diagnóstico de un embarazo en un sitio ectópico (saco gestacional con un saco vitelino o embrión fuera de la cavidad intrauterina).</p> <p>Son signos ecográficos sugestivos de embarazo ectópico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de embrión en cavidad uterina, especialmente si el endometrio esta engrosado. • Presencia de un pseudosaco 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. <p>Una masa anexial es el hallazgo ecográfico más común en el embarazo ectópico y está presente en más del 89% de los casos.</p> <p>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.</p>	
<p>B: Calidad Moderada</p>	<p>DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS:</p> <p>Culdocentesis:</p> <p>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 intraperitoneal, 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.</p>	<p>Fuerte a favor</p>

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 Recomendación Evidencia	Grado de Recomendación
----------------------------------	------------------------



B: Calidad Moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso del paciente a Hospitalización. • 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. • En caso de pacientes y familiares renuentes a la transfusión sanguínea, pero con criterios clínicos para ello; se procederá a informar al Jefe de la Guardia quien deberá llamar al Fiscal de Turno para comunicar los hechos, los mismos que quedaran registrados en la historia clínica del paciente. 	Fuerte a favor
---------------------	--	----------------

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

Nivel de Recomendación Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad Moderada	<p>Una vez diagnosticado el embarazo ectópico se deben seguir medidas generales para todas las pacientes, y dependiendo de la idiosincrasia de cada caso clínico se establecerá para cada paciente, la conducta médica a seguir.</p> <p>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.</p>	Fuerte a favor

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

Nivel de Recomendación Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
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	Fuerte a favor



	<p>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.</p> <p>Candidatas óptimas para el tratamiento médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masa menor de 3.5 cm • HCG-β menor de 1500 mUI/ml • Ausencia de latidos cardiacos fetales • Paciente hemodinámicamente estable <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Idealmente se debe recomendar el manejo quirúrgico como primera línea en pacientes que presentan un valor de HCG-β > 5000 mUI/ml.</p>	
<p>B: Calidad Moderada</p>	<p>Contraindicaciones del manejo médico:</p> <p>Absolutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad hemodinámica. • Hipersensibilidad al metotrexate. • Embarazo heterotópico. <p>Contraindicaciones del metotrexate: Alteraciones hematológicas (leucopenia, anemia, plaquetopenia), ulcera péptica, lactancia materna, hepatopatía crónica, enfermedad pulmonar activa, disfunción renal, inmunodeficiencia.</p> <p>Relativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Débil a favor</p>



	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	<p>Esquema de tratamiento: El esquema de tratamiento recomendado por nuestra guía es el de dosis única. El esquema de dosis múltiple se considerará en casos individuales donde la HCG-β sea mayor a 5000 mUI/ml.</p> <p>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.</p>	Fuerte a favor
B: Calidad Moderada	<p>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 días 4 y 7.</p>	Fuerte a favor
B: Calidad Moderada	<p>Dosis múltiple: Este esquema alterna tratamiento con metotrexate (1 mg/kg) con ácido fólico (1 mg/kg). El MTX se continúa hasta que la HCG-β disminuya más del 15% de la concentración máxima. Aproximadamente el 50% de pacientes no va a requerir el régimen completo de 8 días. Se puede repetir el esquema de tratamiento hasta un máximo de 4 dosis.</p> <p>El tratamiento y seguimiento en ambos esquemas se hará mientras la paciente se encuentre hospitalizada.</p> <p>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.</p> <p>La ecografía transvaginal como parte del seguimiento sólo se realizará si se encuentra actividad cardíaca fetal, y se hará de forma semanal hasta que se deje de presenciar. Además, se realizará ecografía de</p>	Fuerte a favor



	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	<p>Predictores de falla del manejo médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad cardíaca 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	<p>Signos que indican falla de tratamiento o posible ruptura tubárica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>	Fuerte a favor



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

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
A: Calidad Alta	<p>Manejo Quirúrgico</p> <p>El tratamiento quirúrgico consiste en el ingreso a la cavidad abdominal vía laparoscópica o laparotomía para la extracción de la gestación ectópica ya sea por salpingostomía o salpinguectomía.</p>	Fuerte a favor
A: Calidad Alta	<p>Indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad hemodinámica. • Sospecha o clínica de ruptura tubárica. • 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	<p>Vía de abordaje:</p> <p>En ensayos clínicos controlados donde se comparó la cirugía abierta (laparotomía) con la laparoscopia en embarazo ectópico, se encontró que el abordaje laparoscópico fue asociado con menos tiempo operatorio, menos sangrado peroperatorio, 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. Asimismo, deberá considerarse para la elección de la vía, el entrenamiento de los profesionales en laparoscopia, dado que los estudios también señalan que el éxito o fracaso de este tipo de cirugías está relacionado al expertis del profesional en el uso del laparoscopio.</p> <p>Es por esta razón que la vía de elección dependerá del cirujano, en coordinación con el anestesiólogo y tomando en cuenta el estado de la paciente.</p> <p>Se realizará laparotomía exploratoria en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de proceso adherencial severo. • Inexperiencia en laparoscopia. • Embarazo intersticial o cornual. • Contraindicaciones anestésicas. <p>La posibilidad de conversión de cirugía laparoscópica a laparotomía también dependerá de la decisión del cirujano durante el acto quirúrgico.</p>	Fuerte a favor



<p>B: Calidad Moderada</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Existen situaciones en las cuales no se puede indicar salpingostomía, y la salpinguectomía será de primera elección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Fuerte a favor.</p>
-----------------------------------	---	------------------------



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
<p>B: Calidad Moderada</p>	<p>Efectos adversos: Asociados al metotrexate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Náuseas y/o vómitos. • Diarrea. 	<p>Fuerte a favor</p>



	<ul style="list-style-type: none"> • Gastritis. • Estomatitis. • Alteración de la función hepática. • Supresión de medula ósea / neutropenia severa (raro). • Alopecia (raro). • Neumonitis transitoria (raro). 	
B: Calidad Moderada	<p>Asociados al tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Predictores de falla del manejo médico:</p> <p>Actividad cardiaca fetal.</p> <p>Tamaño y volumen de la masa gestacional (más de 4 cm).</p> <p>Concentración de HCG-β inicial aumentado (más de 5000mUI/ml).</p> <p>Presencia de líquido libre peritoneal.</p> <p>Concentración de HCG-β que incrementa rápidamente antes del tratamiento con MTX (más de 50% en 48h).</p> <p>Incremento continuo y rápido en concentraciones de HCG-β durante el tratamiento con MTX.</p> <p>Signos que indican falla de tratamiento o posible ruptura tubárica:</p> <p>Inestabilidad hemodinámica.</p> <p>Aumento de dolor abdominal.</p> <p>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.</p>	Débil a favor



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

Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
C: Calidad Baja	<p>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 nombrarán las más frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>El alta se indicará cuando la paciente se encuentre hemodinámicamente estable, afebril, con por lo menos 2 días de evolución favorable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
	Agosto-2021.	Agosto -2024.
INICIO DE LA ACTUALIZACIÓN	INICIO ACTUALIZACIÓN	FINAL DE ACTUALIZACIÓN
	Febrero2024.	Agosto-2024.

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 BIBLIOGRÁFICAS

1. The Lancet Global Health. Covid-19 y Embarazo ,31 marzo 2020.
2. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis, 2020.Tulandi T.Hallado en: <https://www.uptodate-com.pucdechile.idm.oclc.org/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?>
3. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. NICE clinical guideline, 2019. National Institute for Health and Care Excellence. Hallado en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>. Acceso el 04 de Marzo de 2020.
4. Glenn T, Bembre J, Findley A, Yaklic J, Bhagavath B, Gagneux P, et al. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Current Ma1.
5. Martínez A, Quintero L, García C, Fernández A. Embarazo ectópico cervical: diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. Reporte de caso. Universitas Médica 2018;59(1). <http://doi.org/10.11144/Javeriana.umed59-1.ecto.nagement> Strategies. Obstetrical and gynecological Survey 2018;73(5):293-301.
6. Ortola S, Serrano J, Ortega A. Embarazo Ectópico sobre cicatriz de cesárea. Prog Obstet Ginecol 2018;61(3):261-263.
7. Cuello M, Miranda V, Ralph C. Embarazo Ectópico. Ginecología 1. General y Salud de la Mujer. 1ª ed. Santiago: Ediciones UC, 2017; pags 259-269.
8. 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.
9. Ko J, Cheung V. Time to Revisit de Human Chorionic Gonadotropin Discriminatory Level in the Management of Pregnancy of Unknown Location. J Ultrasound Med 2014; 33:465-471.
10. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, Tinelli A, Malvasi A, Jonat W, et al. Clinical Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. Obstetrical and Gynecological Survey 2013; 68(8):571-581.
11. 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.
12. Givens V, Lipscomb G. Diagnosis of ectopic pregnancy. MDW CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 387-394 R 2012.
13. Visconti K, Zite N, HCG in ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY VOLUME 55, NUMBER 2, 410-417 R 2012.
14. Marion I, Rodney G. Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 376-386 R 2012,
15. Medical management of ectopic pregnancy GARY H. LIPSCOMB, MD CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 424-432 R 2012.
16. 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.
17. Slika C. Methotrexate: the pharmacology behind medical treatment for ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, VOLUME 55, NUMBER 2, 433-439 R 2012.



18. 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.
19. Rausch M, Barnhart K. Serum biomarkers for detecting ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 418–423 R 2012.
20. Stock L, Milad M. Surgical management of ectopic pregnancy. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 55, NUMBER 2, 448–454 R 2012.
21. 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.
22. Marion I, Rodney G. Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY / VOLUME 55 / NUMBER 2/JUNE 2012.
23. Newbatt E, Beckles Z, Ullman R, Lumsden M. Ectopic pregnancy and miscarriage: summary of NICE guidance. MJ 2012;345: e8136.
24. Yglesias E. Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú. 2008-2010. Rev. Perú. epidemiol. Vol 15 N Diciembre 2011.



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.



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]).



Cuadro N° 1

Índice Elito Camacho orientador en el tratamiento sistémico con dosis única de MTX(50 mg/m² IM)

	PUNTUACION		
	0	1	2
B -HCG mUI/ml	>5.000	1.500-5000	<1.500
Aspecto de la imagen ecográfica	Embrión vivo	Anillo tubárico	Hematosalpinx
Diámetro máximo de la masa	>3.0 -3.5	2.6-3.0	<2.5
Doppler a color	Riesgo elevado	Riesgo medio	Riesgo bajo

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO MEDICO

- ☐ Metotrexate (administración sistémica) y las prostaglandinas (aplicación local).
- ☐ 1 mg /kg de peso corporal cada dos días (un total de 4 dosis) por vía intravenosa

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- ☐ Laparoscopia con salpingostomía se ha impuesto como técnica preferida para tratamiento de embarazo ectópico



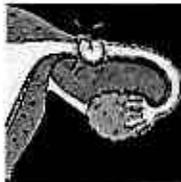


TRATAMIENTO QUIRURGICO

INDICACIONES

- Hemodinámicamente inestable.
- Inminente o ruptura de masa ectópica en curso.
- Contraindicaciones para el uso de metotrexate
- Coexistencia de embarazo intrauterino
- Deseo de anticoncepción permanente
- Enfermedad tubarica conocida y con planes de fertilización in vitro para un futuro
- Falla de la terapia médica.

Tulandi T. Surgical treatment of ectopic pregnancy and prognosis for subsequent fertility.
UpToDate 2008



Tratamiento quirúrgico

Son indicaciones para tratamiento quirúrgico en embarazo tubario:

- ❖ Pacientes no candidatas a tratamiento médico con metotrexate.
- ❖ Falla al tratamiento médico
- ❖ Embarazo heterotópico con embarazo intrauterino viable
- ❖ Pacientes hemodinámicamente inestables (deben ser estabilizadas antes de entrar a quirófano)
- ❖ En pacientes con embarazo tubario hemodinámicamente estables, se recomienda el abordaje laparoscópico



Las indicaciones de salpingectomía incluyen:

- ❖ Daño severo de la tuba uterina
- ❖ Embarazo tubario recurrente en la misma tuba uterina
- ❖ Sangrado persistente después de la salpingostomía
- ❖ Embarazo tubario mayor a 5 cm
- ❖ Embarazo heterotópico
- ❖ Pacientes con paridad satisfecha

