

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
(MINSAP)**

EMBARAZO ECTOPICO

Orientaciones Metodológicas para el Manejo y Control en todo el Sistema de Salud de las Mujeres con Embarazo Ectópico y sus complicaciones.

➔ ***EN TODA MUJER ENTRE 12 Y 55 AÑOS, CON DOLOR EN BAJO VIENTRE, AMENORREA Y/O SANGRAMIENTO, SOSPECHAR SIEMPRE UN EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO.***

- *El embarazo ectópico complicado (roto) es en Cuba una causa importante de muerte materna.*
- *La mayoría de las muertes maternas por embarazo ectópico complicado, principalmente embarazo ectópico roto se pueden EVITAR.:*
 - ⇨ *Con el diagnóstico precoz y oportuno de las complicaciones.*
 - ⇨ *Terapéutica ágil y efectiva.*

CIUDAD DE LA HABANA
DICIEMBRE DEL 2002

Introducción

El embarazo ectópico es una entidad sumamente peligrosa, en la que si no se establecen su diagnóstico y tratamiento a tiempo acabará con la vida de muchas mujeres que lo padecen.

La incidencia de embarazo ectópico está aumentando en muchas partes del mundo; en nuestro país constituyó el 11,9% del total de las muertes maternas directas entre 1985 y 1995 y en los últimos 6 años es del 12%.

Concepto: El embarazo ectópico es el que no se implanta en la cavidad uterina, constituye un trastorno que puede causar la muerte de la mujer que lo padece y el producto de la concepción casi siempre se pierde. De estos embarazos aproximadamente el 98 % son tubáricos, 60 % ampulares, 30 % ístmicos, 5 % fímbricos, y 3 % intersticiales, el 2 % restante corresponde a otras localizaciones: ováricas, cervicales, intraligamentarias y abdominales.

En las últimas décadas ha aumentado la frecuencia de embarazos ectópicos. Una vez establecida esta sospecha diagnóstica, hay que ingresar a la paciente para investigar hasta confirmarla o negarla con seguridad y rapidez.

Grupos de Riesgo.

1. Antecedentes de inflamaciones pélvicas, sobre todo a Chlamydia Trachomatis y Neisseria gonorrhoeae.
2. Operaciones sobre las trompas para buscar fertilidad.
3. Embarazo ectópico anterior.
4. Esterilización tubárica.
5. Pacientes con dispositivos intrauterinos.
6. Tomadoras de anticonceptivos por vía oral.
7. Embarazo por técnicas de reproducción asistida.
8. Fumadoras.

Se puede sospechar la presencia de un embarazo ectópico en toda mujer que presente como factores predisponentes:

- En mujer sana, saludable, sin antecedentes algunos de enfermedad.
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Anormalidades anatómicas de las trompas.
- Cirugía previa en las trompas.
- Masas tumorales extrínsecas que compriman las trompas.
- Anomalías del cigote.
- Endocrinopatías - deficiencias del cuerpo lúteo, en ovulación tardía.
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Embarazo ectópico anterior.
- Anticonceptivos con gestágenos en dosis bajas
- Técnicas de fecundación asistida.
- Fumadoras

Signos y síntomas

- ❑ Se le conoce como el "gran simulador de la ginecología".
- ❑ El dolor es el síntoma más importante.
- ❑ El sangramiento vaginal es muy frecuente.
- ❑ Los síntomas pueden aparecer antes de la primera falta de la menstruación.
- ❑ Cuando el embarazo ectópico se rompe, la paciente presenta un cuadro de síncope relacionado con hipotensión por sangramiento intraabdominal. En caso de que la pérdida de sangre sea lenta y prolongada, la anemia dominará el cuadro.
- ❑ Si la trompa y el producto de la concepción se necrosan, pueden infectarse, entonces la impresión clínica es la de un proceso pélvico inflamatorio.

Formas Clínicas

Embarazo Tubárico. No Complicado

El momento ideal para lograr el diagnóstico de embarazo ectópico es antes de que ocurra alguna complicación, pues se evitan los riesgos de la ruptura, se puede hacer con más facilidad la cirugía endoscópica tanto conservadora como exéretica, e incluso es posible efectuar tratamiento médico con citostáticos intraovular. La cirugía laparoscópica tiene tantas ventajas que debe ser la preferida siempre que sea posible.

Hay que tener muy presente que el tacto vaginal puede provocar la ruptura de un embarazo ectópico, por lo que debe efectuarse con mucho cuidado. También es prudente que se tenga en cuenta que los casos que ingresan y han sido muy examinados pueden presentar complicaciones (hemorragia interna) en las primeras horas.

La cirugía conservadora (salpingostomía con aspiración del contenido o el ordeño tubárico) se realizará sólo cuando la otra trompa está dañada, obstruida o ausente. Si se inspecciona con mucho cuidado y está aparentemente normal es preferible efectuar la resección de la trompa dañada, pues así se corren menos riesgos de sangramiento transoperatorio y posoperatorio, de recidiva de embarazo en el mismo sitio y de que se quede tejido residual. Cuando vaya a realizarse una cirugía conservadora, se debe contar con la posibilidad de seguimiento con β - HCG de la actividad trofoblástica. Recomendamos la salpingostomía transversal en la parte antimesentérica.

El tratamiento de embarazo ectópico con citostáticos solo debe ser realizado en lugares y por personas muy dedicadas a su estudio y tratamiento, y que posean todas las condiciones para su seguimiento evolutivo.

En todos los casos con embarazo ectópico recomendamos administrar antimicrobianos que puedan actuar sobre la Chlamydia trachomatis y las neiserias en caso de estar presentes. Las tetraciclinas, la eritromicina y las quinolonas son las más empleadas en este momento.

Embarazo Ectópico Complicado.

Puede dividirse en dos grupos :

- Con estabilidad hemodinámica.
- Con signos de descomposición hemodinámica o shock.

En ambos los síntomas del embarazo ectópico no complicado estarán presentes. Es muy poco probable que sea posible realizar cirugía conservadora, pues, por lo general, son casos grandes y /o se ha roto la pared tubárica. A continuación describimos las características fundamentales de esta forma clínica en comparación con la anterior.

En los casos con estabilidad hemodinámica

1. El dolor será mas intenso y puede irradiarse a otros sitios, a todo el abdomen o al hombro.
2. El sangramiento, generalmente, no variará.
3. La palpación de la tumoración anexial es muy dolorosa.
4. Al examen, el fondo del saco de Douglas puede estar abombado o ser muy doloroso.
5. Cuando se sospeche la rotura, no debe diferirse su confirmación por punción del fondo del saco de Douglas o del abdomen. La punción también puede realizarse en pacientes sin evidencias de complicación para poder asegurar que no existe un hemoperitoneo pequeño o de poco tiempo de evolución.
6. En dependencia del tiempo de evolución del hemoperitoneo, se encontrarán signos de irritación peritoneal e intestinal por la sangre libre.
7. Ante la sospecha o el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico, en una paciente estable, debe realizarse una laparoscopia confirmativa que puede ser seguida de cirugía laparoscópica - si se dispone de los equipos y las habilidades necesarias - o de una laparotomía para la operación convencional.

En las pacientes con signos de descompensación.

1. Estarán presentes los signos de shock: sudoración, palidez, taquicardia, frialdad e hipotensión.
2. La punción del fondo del saco de Douglas o del abdomen hace el diagnóstico de la complicación, al extraer sangre que no coagula y con pequeños coágulos oscuros. La reposición de volumen se hará de inmediato según lo recomendado en el capítulo 80; la solución es quirúrgica, por la laparotomía inmediata. El anestesiólogo nos ayudará a decidir cuando es necesario, por el estado de la paciente, confirmar el hemoperitoneo sin anestesia.

Diagnóstico

- ❑ ***Tener siempre en cuenta la posibilidad del embarazo ectópico para lograr a tiempo su diagnóstico.***
- ❑ Realizar una anamnesis y un cuidadoso examen físico.
- ❑ Ante su sospecha, seguir las orientaciones que aparecen el flujograma de la atención primaria de salud y del nivel hospitalario.
- ❑ Recordar que un tacto vaginal aparentemente normal y la no existencia de amenorrea no excluye la posibilidad del embarazo ectópico.

Diagnóstico diferencial

- ❑ Quiste de ovario.
- ❑ Amenaza de aborto o aborto en cualquiera de sus variedades.
- ❑ Apendicitis aguda.
- ❑ Complicación del DIU.
- ❑ Folículo persistente o hemorrágico.
- ❑ Quistes del cuerpo amarillo.
- ❑ Inflamación pélvica crónica agudizada o aguda (suele enmascarar el ectópico complicado)
- ❑ Endometriosis.
- ❑ Embarazo intrauterino asociado a otra afección.
- ❑ Apendicitis aguda.
- ❑ Miomas complicados.
- ❑ Mola hidatidiforme.

Posibles evoluciones de un embarazo tubárico.

- ❑ Muerte y reabsorción sin formarse un hematosalpinx.
- ❑ Hematosalpinx, muerte, reabsorción.
- ❑ Aborto tubario.
- ❑ Hematosalpinx y rotura.

Estos dos últimos excepcionalmente, pueden evolucionar a un abdominal secundario.

Pruebas de valor en el diagnóstico.

No invasivas.

- ❑ Dosificación de gonadotropina coriónica.
- ❑ Ultrasonografía (abdominal y vaginal)

Invasivas.

- ❑ Punción del saco de Douglas.
- ❑ Punción abdominal.
- ❑ Legrado diagnóstico.
- ❑ Laparoscopia.
- ❑ Otras.

Las punciones alertan sobre la complicación, y la laparoscopia, permite el diagnóstico exacto y el tratamiento.

1. **Dosificación de gonadotropina coriónica.** Su dosificación directa permite el seguimiento de la curva de producción de esta hormona por el tejido trofoblástico. En el embarazo ectópico su producción es menor, lo que alarga el tiempo de duplicación.
2. **Ultrasonografía** (abdominal y vaginal). En ocasiones su diagnóstico es muy seguro, pues detecta un saco con latido. También logra múltiples signos de valor diagnóstico, aunque no absolutos. El cabezal vaginal permite lograr mas detalles.
3. **Punción del fondo de saco de Douglas.** Es muy útil para diferenciar el embarazo complicado del que no lo está. Esta alerta evita muchos accidentes graves y problemas. Debe realizarse con una aguja bien gruesa.
4. **Punción abdominal.** Es un valioso auxiliar cuando sospechamos una rotura y la punción vaginal es negativa.
5. **Legrado diagnóstico.** Al legar el útero en el momento en que practicamos la punción, podemos conocer si existe influjo de gonadotropina coriónica sobre el endometrio, y descartar el aborto si encontramos vellosidades. El resultado del estudio histopatológico del endometrio puede, en algunos casos, llevarnos a interpretaciones equivocadas.
6. **Laparoscopia.** Ya no es solo el método diagnóstico por excelencia por su seguridad, sino que también es la forma ideal de tratar la mayor parte de los embarazos tubáricos.

Tratamiento

- Embarazo ectópico diagnosticado, ectópico operado.

Recordar: *La no existencia de amenorrea no excluye la posibilidad de embarazo ectópico; el dolor es el rasgo predominante; la perdida sanguínea vaginal es uno de los síntomas mas frecuentes; el tacto vaginal es fundamental, pero su aparente normalidad no excluye la posibilidad de embarazo ectópico.*

TODO ESTO HAY QUE TENERLO SIEMPRE PRESENTE, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE CONSULTEN POR MOLESTIAS ABDOMINALES DE CUALQUIER TIPO.

Si existe sospecha de embarazo ectópico se deben llevar a cabo, en la atención primaria los procederes que se exponen en la [Figura 1](#). Por su parte en la [Figura 2](#) aparecen los procederes en el nivel hospitalario.

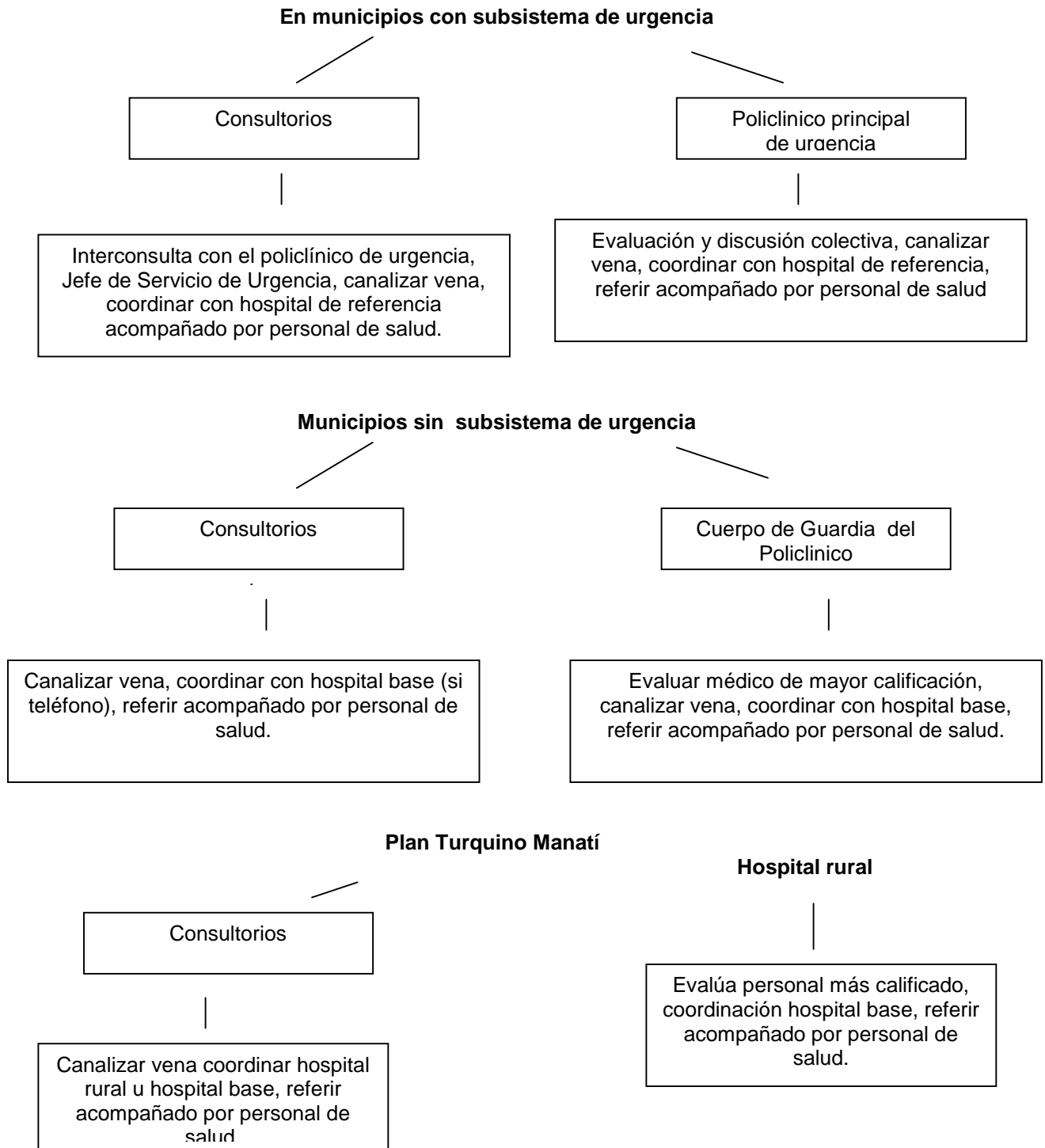


Fig. 1. Flujograma del embarazo ectópico en la atención primaria de salud.

Si existe sospecha de embarazo ectópico la paciente debe:

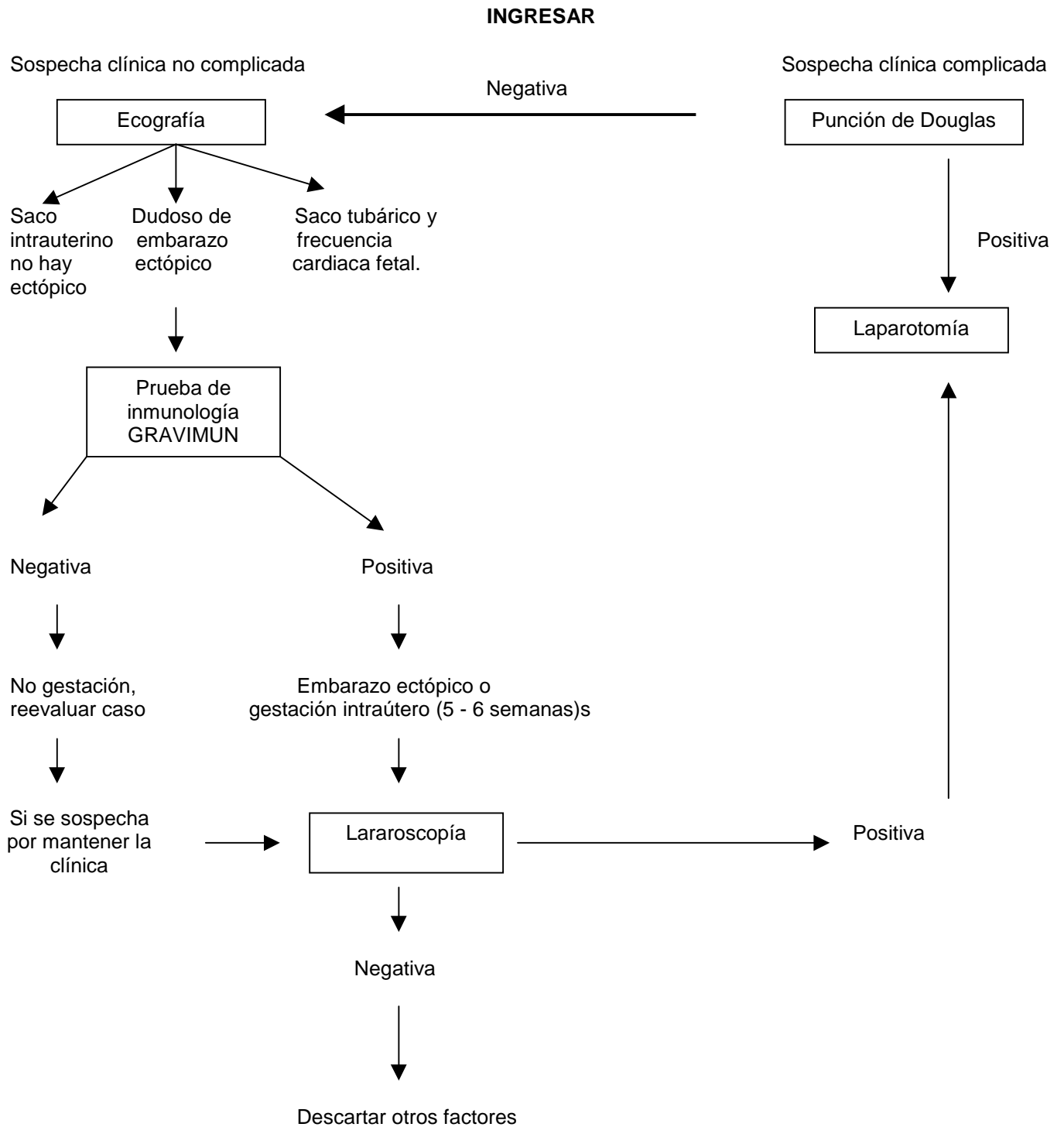


Fig. 2 Flujograma para la atención del embarazo ectópico en el nivel hospitalario.