

Manejo del embarazo ectópico tubárico en el servicio de urgencias obstétricas

Autora principal: Cristina González Martínez, HU Nuestra Señora de la Candelaria

Coautora: Carolina Larrondo Garcilaso de la Vega, Hospital de Jerez

INTRODUCCION:

El embarazo ectópico se produce al **implantarse el blastocisto fuera de la cavidad endometrial** e incluye el embarazo tubárico (98%), cervical, ovárico, intersticial, en cicatriz de cesárea previa y abdominal.

Se produce aproximadamente en un **2% de los embarazos** y es **responsable del 10% de la mortalidad materna** en el primer trimestre cuando se asocia a rotura tubarica.

En los últimos años se ha incrementado su incidencia debido al aumento de salpingitis y enfermedades de transmisión sexual, tratamientos de fertilidad, a mejores diagnósticos precoces, al aumento de cirugías abdominales previas, al empleo de métodos anticonceptivos como el DIU y al tabaquismo entre otros

Por lo tanto, el embarazo ectópico es una urgencia obstétrica que se ve con cierta frecuencia en nuestros hospitales y **es la matrona como enfermera especialista en obstetricia y ginecología, la que realiza los primeros cuidados, teniendo que estar formada adecuadamente en la materia..**

OBJETIVO:

Establecer el protocolo actual a seguir ante la llegada de una mujer con sospecha de embarazo ectopico a las urgencias obstetricas.

METODOLOGIA:

Se realizo una busqueda bibliografica en las **bases de datos Scopus, Dialnet, Pubmed y Scielo**. Para ello se utilizaron los descriptores en ciencias de la salud en ingles (Mecs): **ectopic pregnancy, emergency obstetric, therapeutics**; asi como es español : **embarazo ectopico, urgencias obstetrica, terapeutica**. Se combinaron dichos descriptores en diferentes sintaxis de busqueda, introduciendo los mismos mediante los operadores booleanos "AND", "OR" y "NOT" para busquedas complejas.

Se seleccionaron artículos con acceso a texto completo, en ingles o español y publicados en los últimos 5 años

Además se revisaron los protocolos de actuación ante embarazo ectopico de diferentes hospitales.

RESULTADOS:

- 1. Su **diagnostico** es principalmente ecográfico, ya que su sintomatología es inespecifica.

TRIADA CLASICA : amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal en 1º trimestre

Cuando aparece sintomatologia de distencion o defensa abdominal (Blumberg positivo), peritonismo, hemoperitoneo o shock hemorragico es que se ha producido una rotura tubárica.

- 2. Existen tres tipos de **tratamientos** y su elección es individualizado a cada caso.

2.1. Conducta expectante:

- Paciente asintomatica con buen estado general, con niveles de b-HCG < 1000 UI/L y ausencia de sangre en fondo de saco de Douglas.
- Control de b-HCG a las 48 h . Si disminuye por debajo de 50Ui/L seguimiento semanal hasta ser <20UI/L

2.2 Tratamiento medico: administración de Metrotexate 50mg/m2 IM (evitar AINES porque potencia toxicidad)

- Paciente estable hemodinamicamente, en ausencia de leucopenia, anemia o plaquetopenia y con función hepática y renal normal. (hemograma, tiempos de coagulación, perfil hepático, creatinina y control de constantes)
- Ausencia de dolor abdominal severo y posibilidad de seguimiento hasta final del proceso
- Actividad cardíaca negativa, diámetro inferior a 4 cm y B-HCG < 5000ui/L
- La paciente debe firmar CI y evitar embarazo en los próximos 3 meses por riesgo teratogenicidad.
- Confirmar grupo y Rh para valorar necesidad de ganmaglobulina anti-D.
- Control b-HCG entre 4 y 7 días . Si disminuye >15%, control semanal hasta 20 UI/L.. Si disminuye en un valor igual o menor a 15%, administrar 2º dosis de MTX y control en día 11º y valorar descenso o necesidad de tto quirúrgico.

2.3. Tratamiento quirúrgico:

- La paciente no cumple criterios anteriores para tto medico o presenta hemoperitoneo ecograficamente significativo
- En casos de gestación heterotopicas con uno de los sacos en trompa o antecedentes de gestación ectópica homolateral tratada de forma medica.
- Por fracaso de tto medico o deseo de la paciente
- Salpinguectomia por laparoscopia es la cirugía de elección en los casos en los que la trompa contralateral este sana. Cuando trompa controlateral ausente o patologica, se realizará salpingostomia si la paciente desea preservar su fertilidad (requiere monitorización de beta).
- Se preserva la elección de laparotomía para los casos de inestabilidad hemodinamica o presencia de adherencias.

CONCLUSIONES:

Aunque no existe un consenso universal sobre el tratamiento optimo de este tipo de gestaciones, la mayoría de los protocolos actuales recomiendan seguir las pautas descritas.

Esta patología es una urgencia obstétrica que requiere de diagnostico y tratamiento precoz para evitar posibles complicaciones que comprometan la vida de la paciente, así como para preservar su fertilidad.

BIBLIOGRAFIA:

- Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. Fertil Res Pract 2015;1:15
- Kagan E, et al. Cornual, intersticial, and angular pregnancies: clarifyin the terms and a review of the literature. Clinical imaging 2014; 38: 763-770.
- Cobo T, Escura S, Ferrero S, Creus M, López M, Palacio M. Protocolo: gestacion ectopica tubarica y no tubarica. Hospital Clinic. Actualizado 17/07/2018