

URGENCIA OBSTÉTRICA: MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO



Velasco Ruiz, Miriam*; Calvo Delgado, Isabel*; Caballero Barrera, Verónica*

Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología

OBJETIVOS

Conocer el manejo más eficaz ante un diagnóstico de embarazo ectópico.

INTRODUCCIÓN

El término “embarazo ectópico” como descriptor en ciencias de la salud (Decs) se define como “una condición potencialmente mortal en la que la implantación del embrión se produce fuera de la cavidad del útero. La mayoría de los embarazos ectópicos (más de 96 por ciento) se producen en las trompas uterinas, conocido como embarazo tubárico. Pueden estar en otras ubicaciones, como cuello del útero; ovario y de la cavidad abdominal.”

Su incidencia varía entre el 1 y el 2,4 % , con una mortalidad del 0,3 al 0,4 % de los casos; representando la primera causa de muerte materna en el primer trimestre del embarazo.

El 98,3% de los embarazos ectópicos son tubáricos (79,6% ampular). Su diagnóstico no siempre es fácil y se debe realizar con rapidez y seguridad ya que sino puede derivar en síncope o shock hemorrágico, comprometiendo la vida de la mujer.

Actualmente su diagnóstico en etapas tempranas permite utilizar tratamientos médicos como el metotrexate, evitando así en muchas ocasiones el tratamiento quirúrgico, preservando la trompa y mejorando una fertilidad futura.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, CUIDEN, MEDLINE, UpToDate y Cochrane Plus). También se consultaron guías y protocolos nacionales e internacionales de obstetricia.

La estrategia de búsqueda se basó en la combinación de estos términos DeCS empleados como palabras clave: embarazo ectópico, embarazo tubárico y gestación; con los operadores booleanos AND y OR. Se seleccionaron estudios comprendidos entre 2012 y 2017 tanto en español como en inglés.

RESULTADOS

Actualmente, ante el diagnóstico de embarazo ectópico se puede optar por observación, tratamiento médico, laparoscopia, o laparotomía urgente; adecuándose a las condiciones clínicas y pronóstico.

Se puede optar por el tratamiento médico del embarazo ectópico en aquellas pacientes asintomáticas, o con sintomatología mínima, con valores de la HCG < 5.000-10.000 mUI/ml, masa anexial < 4cm, y/o hemoperitoneo < 100cc, Ausencia de latido cardíaco y facilidad para el control ambulatorio. El tratamiento médico más utilizado es el metotrexate intramuscular, cuya función es detener el crecimiento de las células de rápida división celular. Diferentes estudios realizados han concluido que alrededor del 15% van a necesitar de posteriores dosis de metotrexate y menos del 10% precisarían cirugía; además, diversas publicaciones internacionales recogen una tasa de éxito del 78-96% del tratamiento con metotrexate.

Tras el metotrexate, es importante que la mujer utilice métodos anticonceptivos durante los tres meses posteriores debido al riesgo teratogénico de éste y no podrá quedar embarazada hasta que sea indetectable la B-HCG.

Por otro lado, las indicaciones para el tratamiento quirúrgico son: Inestabilidad hemodinámica, rotura de EE y fracaso del tratamiento médico.

Las pacientes hemodinámicamente inestables requieren una laparotomía inmediata y el tratamiento del shock hemorrágico. Para pacientes con pronóstico comprometido pero hemodinámicamente estables, el tratamiento en general es la cirugía laparoscópica; a veces se requiere una laparotomía. Si es posible, se realiza una salpingostomía, con electrocauterio o dispositivos ultrasónicos de alta frecuencia o láser para conservar la trompa, y se evacúan los productos de la concepción.

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico se asocia a una significativa morbilidad, siendo la principal causa de muerte materna en el primer trimestre de embarazo, además se relaciona también con un importante compromiso de la fertilidad futura. Actualmente el diagnóstico precoz, junto con los cuidados y apoyo del personal sanitario permite reducir las cifras de morbilidad y preservar en la mayoría de los casos la fertilidad de la mujer. La evidencia científica revisada y la Sociedad Española de Fertilidad coinciden en el manejo farmacológico como primera línea de actuación, con la intención de hacer un tratamiento lo menos agresivo posible y evitar las complicaciones potencialmente graves del mismo, preservando en la medida de lo posible la adecuada capacidad reproductiva. Además, las pacientes deben ser informadas con claridad de las ventajas y desventajas de cada uno de los tratamientos, deben participar en la toma de decisiones y dar su consentimiento por escrito.

BIBLIOGRAFÍA

De los Ríos, J., Castañeda, J., & Restrepo, E. (2016). Salpingostomía lineal por laparoscopia para el tratamiento de un embarazo ectópico bilateral espontáneo: reporte de caso. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57(1), 54-57.

Urrutia S, María Teresa, Poupin B, Lauren, Alarcón A, Paula, Rodríguez C, Magdalena, & Stiven R, Loreto. (2007). EMBARAZO ECTÓPICO: FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD EN UN GRUPO DE MUJERES CHILENAS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(3), 154-159.

Seo MR, Choi JS, Bae J, Lee WM, Eom JM, Lee E, Keum J. Preoperative diagnostic clues to ovarian pregnancy: retrospective chart review of women with ovarian and tubal pregnancy. *Obstet Gynecol Sci*. 2017 Sep;60(5):462-468. doi: 10.5468/ogs.2017.60.5.462. Epub 2017 Sep 18.