

 Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Abordaje no quirúrgico del Embarazo Ectópico	Código: 216598
		Versión:1
		Fecha:03/05/2018
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA	Unidad/Área: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Página 2 de 15

ÍNDICE.

	Página
1. Introducción y Justificación	5
2. Ámbito de aplicación	5
3. Objetivos	5
4. Desarrollo	6
4.1 Recursos	6
4.1.1. Recursos humanos	6
4.1.2. Recursos materiales	6
4.2 Preparación	7
4.2.1. Preparación de material	7
4.2.2. Preparación de los profesionales	7
4.2.3. Preparación del paciente	7
4.4 Procedimiento	7
4.5 Consideraciones especiales	11
4.6 Registro	11
5. Evaluación	12
6. Difusión y archivo	12
7. Bibliografía	12
8. Glosario de términos	13
9. Diagrama de Flujo	14
10. Control de modificaciones del documento	15

Elaborado por: Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad Isabel Aguilera médico UGC ginecología Marta Martínez Díez médico UGC ginecología Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia-Ginecología		Validado por: Jesús Jiménez Sandra Rojas		Aprobado por:	
Fecha de elaboración: 03/05/2018		Fecha de Validación:		Fecha de aprobación:	
Fecha de Versión original:			Fecha de actualización:		
COPIA CONTROLADA					

 Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Abordaje no quirúrgico del Embarazo Ectópico	Código: 216598
		Versión:1
		Fecha:03/05/2018
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA	Unidad/Área: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Página 4 de 15

APLICA	LINEAS DE ACCIÓN EN EL ÁMBITO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
x	Identificación unívoca de pacientes: verbal, física y telemática.
x	Información adecuada a paciente y cuidador en la toma de decisiones, colaboración y continuidad de cuidados. Consentimiento informado.
	Identificación de factores intrínsecos y extrínsecos de la situación del paciente. Pacientes vulnerables.
	Identificación del riesgo de caídas.
	Medidas de protección del paciente.
	Medidas de protección del profesional.
	Medidas de aislamiento.
	Uso adecuado del material. Comprobación de calidad del material y segregación de residuos.
	Verificación quirúrgica. Check-list.
	Comprobación de localización anatómica a tratar.
x	Correcta higiene de manos.
x	Manejo seguro de medicamentos: Prescripción, conservación, preparación, administración y conciliación en el tránsito asistencial.
	Desconexión no planeada de catéteres, tubos, drenajes, etc.
	Manejo seguro de hemoderivados. Identificación inequívoca del receptor.
	Manejo seguro de inmovilizaciones mecánicas y farmacológicas.
	Transmisión de la información clínica en la transferencia de pacientes.

Elaborado por: Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad Isabel Aguilera médico UGC ginecología Marta Martínez Díez médico UGC ginecología Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia-Ginecología		Validado por: Jesús Jiménez Sandra Rojas		Aprobado por:	
Fecha de elaboración: 03/05/2018		Fecha de Validación:		Fecha de aprobación:	
Fecha de Versión original:			Fecha de actualización:		
COPIA CONTROLADA					

 Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Abordaje no quirúrgico del Embarazo Ectópico	Código: 216598
		Versión:1
		Fecha:03/05/2018
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA	Unidad/Área: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Página 5 de 15

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El embarazo ectópico (EE) se define como todo embarazo implantado fuera de la cavidad endometrial. El 90% de las ocasiones este se produce en la trompa. La incidencia oscila entre el 1 y el 2,4 % (2/100-200 nacidos vivos) con una tasa de mortalidad de 0,3-0,4%, siendo la primera causa de muerte materna durante el primer trimestre significando el 9% de las muertes maternas globales. La posibilidad de gestación heterotópica (combinación de embarazo intra y extrauterino) es de 1 cada 27.000 gestaciones. Con FIV esta posibilidad se incrementa hasta 1/35-1/100. La causa más frecuente de EE son los antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica. Otros factores de riesgo son los contraceptivos con gestágenos solos, DIU (16% de los embarazos en usuarias fueron EE), endometriosis, postesterilización tubárica (tras coagulación tubárica laparoscópica el 51% de los embarazos ocurridos fueron EE), cirugía tubárica previa, inducción de la ovulación, FIV, consumo de tabaco, historia de infertilidad o esterilidad y aborto previo. Aparte de estos factores anomalías intrínsecas del cigoto también pueden tener relación con el EE. Hasta un tercio de los cigotos implantados ectópicamente tienen alteraciones cromosómicas. El EE ocasiona una clara reducción del potencial reproductivo. Menos de un 50% de mujeres con antecedente de EE vuelven a concebir, de las cuales sólo el 30-50% darán a luz un feto vivo. El riesgo de repetición de EE es de 12-18%, riesgo más elevado en caso de cirugía conservadora en mujeres con una sola trompa. Este PNT se construye para reglar el tratamiento médico de dicho proceso y poder hacer el seguimiento de dichos usuarios.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Todos los profesionales implicados en el proceso de tratamiento médico del embarazo ectópico del Hospital Materno Infantil

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

1. Proporcionar a los profesionales de la unidad un procedimiento estandarizado de atención al usuario con el fin de aumentar la seguridad del usuario y eliminar errores.
2. Garantizar la continuidad de cuidados para todos los usuarios

Elaborado por: Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad Isabel Aguilera médico UGC ginecología Marta Martínez Díez médico UGC ginecología Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia-Ginecología	Validado por: Jesús Jiménez Sandra Rojas	Aprobado por:
Fecha de elaboración: 03/05/2018	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		

 Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Abordaje no quirúrgico del Embarazo Ectópico	Código: 216598
		Versión:1
		Fecha:03/05/2018
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA	Unidad/Área: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Página 6 de 15

3. Minimizar riesgo de enfermedad nosocomial.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Informar a todos los profesionales de la unidad de cuál es el procedimiento a seguir en el tratamiento médico del EE.

- Unificar criterios en todos los profesionales de la unidad
- Informar a los usuarios de todo el proceso del tratamiento médico del EE, del circuito y de las medidas a tomar.
- Informar a los usuarios de las normas de uso y funcionamiento de las instalaciones hospitalarias
- Gestión del alta de consulta de urgencias con las máximas garantías para el usuario de la continuidad de cuidados en el domicilio.

4. DESARROLLO

4.1. RECURSOS

4.1.1.RECURSOS HUMANOS

Ginecólogo. Enfermera.

Auxiliar de Enfermería. Administrativos, celadores, limpiadora.

Unidades de soporte

Sº de Laboratorio Pruebas diagnósticas

Sº de Farmacia

Sº de Almacén Fungible y papelería

4.1.2.RECURSOS MATERIALES

Ordenador e impresora

Petición y resultado de pruebas complementarias

Receta XXI

Consentimiento informado

Elaborado por: Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad Isabel Aguilera médico UGC ginecología Marta Martínez Díez médico UGC ginecología Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia- Ginecología	Validado por: Jesús Jiménez Sandra Rojas	Aprobado por:
Fecha de elaboración: 03/05/2018	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		

 Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Abordaje no quirúrgico del Embarazo Ectópico	Código: 216598
		Versión:1
		Fecha:03/05/2018
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA	Unidad/Área: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Página 7 de 15

Papelería

Material de imagen de ecografía(fotografía),

El resto de pruebas complementarias(analítica) se obtendrá del DHA

Papel de orden de ingreso o cita en consulta CEMQSPPO

Vale analítico de GRUPO Y RH

Orden de ingreso

Aparataje

Ecografo

4.2. PREPARACIÓN

4.2.1.PREPARACIÓN DE MATERIALES

No precisa

4.2.2.PREPARACIÓN DEL PROFESIONAL

Dar difusión, tanto formato convencional, como en la web del hospital del procedimiento. Se describirán secuencialmente, siguiendo una lógica temporal, las distintas actividades a realizar para el desarrollo del proceso técnico del PNT.

4.2.3.PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Información al paciente en la consulta de Urgencias u Obstetricia, refuerzo en planta del proceso y posteriormente en la consulta CEMQSPPO.

4.3. PROCEDIMIENTO

TIPOS DE EE

Formas tubáricas: Supone el 98% de lo casos. Puede ser ampular (78%), ístmico (12%), infundibular (5%) e intramural o intersticial (2%).

Formas no tubáricas: Embarazo cervical (0,1%), ovárico (0,5%), abdominal (1,3%), cornual (3%) e intraligamentario (0,1%).

DIAGNÓSTICO

1. Clínico

Elaborado por: Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad Isabel Aguilera médico UGC ginecología Marta Martínez Díez médico UGC ginecología Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia- Ginecología	Validado por: Jesús Jiménez Sandra Rojas	Aprobado por:
Fecha de elaboración: 03/05/2018	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		

La forma típica de presentación es dolor pélvico y/o sangrado vaginal. Habitualmente se presenta entre 4-8 semanas después de la última regla. La palpación abdominal y pélvica puede resultar dolorosa. Puede ser palpable una masa pélvica, la mayoría de las veces debida a un cuerpo lúteo ovárico, dado que el EE suele ser demasiado pequeño y blando para ser palpable. El dolor es el resultado de la distensión peritoneal sobre la trompa. Si el EE se accidenta el dolor puede extenderse a todo el hemiabdomen inferior, y si el hemoperitoneo es importante puede aparecer omalgia, signos de irritación peritoneal y shock hipovolémico. Ocasionalmente el cuadro puede debutar de esta última forma.

2. Ecográfico

La ecografía vaginal ha mejorado la sensibilidad y especificidad diagnóstica presentada por

la ecografía transabdominal permitiendo realizar de forma precoz el diagnóstico.

El espectro de hallazgos ecográficos sugestivos de EE incluye los siguientes:

- **Anillo tubárico:** Una estructura ecogénica en forma de anillo situada fuera del útero representa un EE precoz.
- **Masa extrauterina:** La presencia de una masa anexial sobre una zona blanda palpable en la exploración sugiere el diagnóstico de EE.
- **EE intersticial:** El EE intersticial se implanta en una zona altamente vascularizada del útero cerca de la inserción tubárica. Una excéntrica localización del saco gestacional sugiere el diagnóstico. Es importante evaluar la cantidad de miometrio que rodea al saco ya que la presencia de más de 5 mm de miometrio rodeando al saco avala el diagnóstico.
- **Saco gestacional extrauterino vacío:** la presencia de una masa extrauterina con un grueso anillo altamente ecogénico indica EE.
- **Hemosalpinx:** Visualización de las trompas llenas de sangre o líquido libre.
- **EE roto:** Líquido libre o coágulos a nivel del fondo de saco o de cavidad libre.
- En el 3,7% de los casos se podrá visualizar embrión y actividad cardíaca. En el 10-20% de los EE puede visualizarse un pseudosaco intraútero. El Doppler aumenta la sensibilidad y especificidad de la ecografía ayudando

Elaborado por: Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad Isabel Aguilera médico UGC ginecología Marta Martínez Díez médico UGC ginecología Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia-Ginecología	Validado por: Jesús Jiménez Sandra Rojas	Aprobado por:
Fecha de elaboración: 03/05/2018	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		

 Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Abordaje no quirúrgico del Embarazo Ectópico	Código: 216598
		Versión:1
		Fecha:03/05/2018
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA	Unidad/Área: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Página 9 de 15

a diferenciar entre el pseudosaco y el saco gestacional verdadero, facilita la visualización del latido cardíaco y permite distinguir entre el anillo trofoblástico y el cuerpo lúteo gravídico.

3. Biológico

Los marcadores biológicos más útiles en el diagnóstico del EE son la beta-HCG y la progesterona.

- **Beta-HCG:** La determinación seriada facilita diferenciar entre un embarazo incipiente, un aborto y un EE. La beta-HCG se duplica cada 48 horas en un embarazo normal a partir del 8º día postconcepción. Si esta tasa ocurre en menor cantidad sugiere EE. En los abortos la tasa suele disminuir progresivamente. De cualquier forma con niveles iguales o superiores a 2000 UI/ml debe visualizarse saco gestacional intrauterino en la ecografía transvaginal.

- **Progesterona:** Determinaciones por debajo de 15-25 ng/ml es sugestivo de EE o aborto diferido. El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con la rotura o torsión de quiste de ovario, cuerpo lúteo quístico, aborto, enfermedad pélvica inflamatoria, apendicitis, gastroenteritis y hemorragia disfuncional.

La paciente acude al servicio de urgencias del servicio de obstetricia y ginecología.

Consulta de urgencias:

1. El médico comprobara tras anamnesis dirigida, exploración clínica y ecografía, el diagnóstico de GNE y la existencia de restos embrionarios post GNE; o la presencia de restos placentarios tras parto previo.
2. El médico pedirá pruebas complementarias:
 - Hemograma+coagulación+bioquímica
3. Una vez confirmado el diagnóstico de EE, el ginecólogo informa al usuario de la posibilidad de tratamiento médico que se le va a realizar vs tratamiento quirúrgico, explicándole ventajas e inconvenientes de ambos
 - **GRUPO Y RH (MUY IMPORTANTE), EN CASO DE GRUPO -, SE DEBERÁ ADMINISTRAR LA GAMMA ANTI D.**
4. Una vez confirmado el diagnóstico de EE, el ginecólogo informa al usuario de la posibilidad de tratamiento médico que se le va a realizar vs tratamiento quirúrgico, explicándole ventajas e inconvenientes de ambos.

Elaborado por: Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad Isabel Aguilera médico UGC ginecología Marta Martínez Díez médico UGC ginecología Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia-Ginecología		Validado por: Jesús Jiménez Sandra Rojas		Aprobado por:	
Fecha de elaboración: 03/05/2018		Fecha de Validación:		Fecha de aprobación:	
Fecha de Versión original:			Fecha de actualización:		
COPIA CONTROLADA					

 Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Abordaje no quirúrgico del Embarazo Ectópico	Código: 216598
		Versión:1
		Fecha:03/05/2018
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA	Unidad/Área: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Página 11 de 15

Día 4 de administración de dosis de MTX: Control BHCG

Día 7 : Control de BHCG+Hemograma+Ecografía

Día 14: Control de BHCG+Ecografía

Día 21-28-35: Control BHCG

- Las determinaciones se irán repitiendo semanalmente hasta conseguir una determinación de BHCG de <5UI/ml
- El control ecográfico, como la petición de alguna prueba complementaria esta sujeta a criterio del facultativo, según los niveles de BHCG o por la aparición de algún tipo de sintomatología.
- Se considera un **ÉXITO** del tratamiento si la BHCG refleja un descenso entre un 10-15% en la determinación del 7º día con paciente estable y asintomática.
- En caso de no producirse el descenso esperado de los niveles, se repetirá la dosis de MTX.

4.4. CONSIDERACIONES ESPECIALES

Como dicho tratamiento no exime de poder finalizar en tratamiento quirúrgico, hay que recalcar a la paciente que en caso de aparecer dolor agudo, sangrado abundante con inestabilidad hemodinámica(mareos, perdida de conocimiento), acuda al servicio de urgencias mas cercano.

Alerta a las ALERGIAS y morbilidad de la paciente(ej hepatopatía ...)

Dicho tratamiento se ofrecerá a pacientes con una infraestructura sanitaria cercana a su domicilio que permita ser asistida con celeridad en caso de emergencia.

4.5. REGISTRO

Facultativo ginecólogo en DAH> estación medica> hoja de curso clínico e informe de alta.

Citaweb>H. Materno-Infantil>Ginecología general>Consulta 31>CITA MTX

Elaborado por: Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad Isabel Aguilera médico UGC ginecología Marta Martínez Díez médico UGC ginecología Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia-Ginecología	Validado por: Jesús Jiménez Sandra Rojas	Aprobado por:
Fecha de elaboración: 03/05/2018	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		

DAH> estación medica> hoja de curso clínico

5. EVALUACIÓN

DENOMINACIÓN	Citaweb CEMQSPPO
DESCRIPCIÓN	Resultado tto médico vs quirúrgico
FÓRMULA	Cualitativo: Generación de informes de citados y altas de consulta
ESTÁNDAR ÓPTIMO	70%
FUENTE	Citaweb
RESPONSABLE	José Francisco Torres Santos

6. DIFUSIÓN Y ARCHIVO

Reunión explicativa con la unidad y el volcado en la pagina web del HRU

Colgado en los ordenadores personales de la unidad y en la pagina web del
HRU

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1-. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009.
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- 2-.Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms. Council of Europe. 2005. www.bvs.org.ar/pdf/seguiradpaciente.pdf
- 3-. La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. Nota de prensa. 2 de mayo de 2007.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>

Elaborado por: Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad Isabel Aguilera médico UGC ginecología Marta Martínez Díez médico UGC ginecología Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia-Ginecología	Validado por: Jesús Jiménez Sandra Rojas	Aprobado por:
Fecha de elaboración: 03/05/2018	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		

 Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Abordaje no quirúrgico del Embarazo Ectópico	Código: 216598
		Versión:1
		Fecha:03/05/2018
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA	Unidad/Área: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Página 13 de 15

4-. Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2006. http://obssegapac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf

5-. Protocolo SEGO Embarazo Ectópico

8. GLOSARIO DE TÉRMINOS

DHA: Historia clínica digital

GNE: Gestación No Evolutiva.

UGC: Unidad de Gestión Clínica

Hb: Hemoglobina

MTX: Metrotexate

EE: Embarazo Ectópico

SEE: Sospecha de Embarazo Ectópico

CEMQSPPO: Consulta de Enfermería Médico-Quirúrgica pre-postquirúrgico
Paciente Oncoginecológica

HRU: Hospital Regional Universitario

BHCG: La hormona gonadotrópica coriónica humana

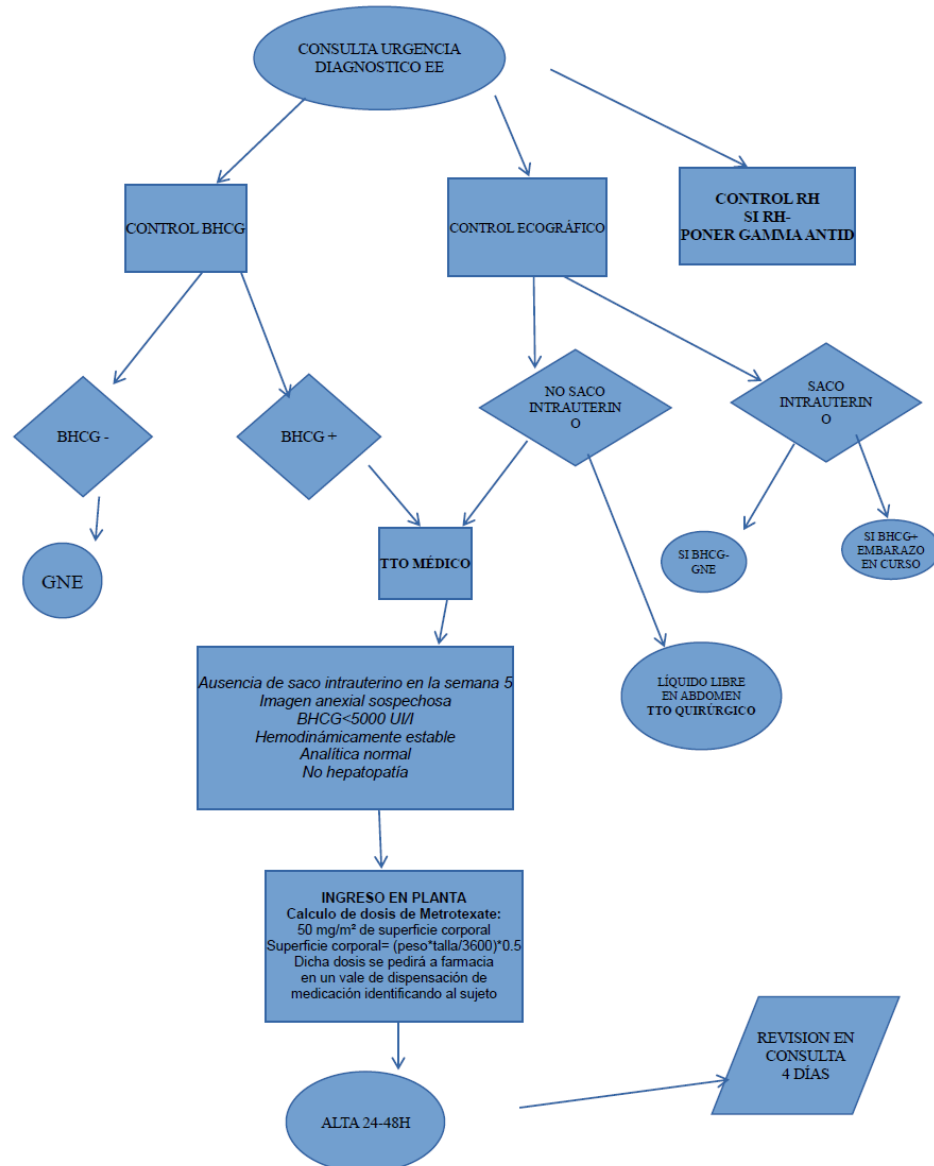
9. DIAGRAMA DE FLUJO

DIAGRAMA DE FLUJO TRATAMIENTO EE URGENCIAS

Elaborado por: Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad Isabel Aguilera médico UGC ginecología Marta Martínez Díez médico UGC ginecología Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia-Ginecología	Validado por: Jesús Jiménez Sandra Rojas	Aprobado por:
Fecha de elaboración: 03/05/2018	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		



DIAGRAMA FLUJO TRATAMIENTO MÉDICO EE URGENCIAS



Elaborado por:
Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad
Isabel Aguilera médico UGC ginecología
Marta Martínez Díez médico UGC ginecología
Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología
José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad
Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia-
Ginecología

Validado por:

Jesús Jiménez

Sandra Rojas

Aprobado por:

Fecha de elaboración: 03/05/2018

Fecha de Validación:

Fecha de aprobación:

Fecha de Versión original:

Fecha de actualización:

COPIA CONTROLADA

