

# MANEJO Y CUIDADOS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN URGENCIAS

## AUTORÍA

Ana María Peralta Domínguez  
Francisco José Navarro Bernal  
Almudena Barroso Casamitjana

## RESUMEN

El embarazo ectópico se da con una frecuencia de 1-2 cada 100 embarazos, aunque en los últimos años esta incidencia se ha visto aumentada debido tanto a la utilización de las técnicas de fertilización como a la elevada prevalencia de la enfermedad inflamatoria pélvica.

Esta patología constituye una urgencia obstétrica y requiere tratamiento y diagnóstico precoz con el fin de preservar la función reproductora de la paciente, y en casos más graves la vida. Para la correcta asistencia en la urgencia obstétrica por parte de enfermería, se ha elaborado un plan de cuidados detallado y centrado en los principales problemas de la paciente con embarazo ectópico.

## PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico, cuidados, urgencias obstétricas

Ectopic pregnancy occurs with a frequency of 1-2 per 100 pregnancies, although in recent years this issue has been increased due to both the use of fertilization

techniques such as the high prevalence of pelvic inflammatory disease. This condition constitutes an obstetric emergency and requires early diagnosis and treatment in order to preserve the reproductive function of patient, and in severe cases life. For proper emergency obstetric care in nursing by, has developed a detailed plan of care focused on the main problems of the patient with ectopic pregnancy.

## KEYWORDS

Ectopic pregnancy, care, emergency obstetric

## INTRODUCCIÓN

### Definición

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. La incidencia total es del 1-2% del total de los embarazos. Aunque en la mitad de los casos se presentan en mujeres sin factores de riesgo, en los últimos años ha aumentado su incidencia (del 0.4 al 2%), principalmente por las siguientes causas:

- El aumento de la frecuencia de la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Aumento de las técnicas de reproducción asistida.
- Utilización de técnicas contraceptivas que impiden la implantación eutópica y favorecen la ectópica.

Constituye una de las causas más frecuentes de abdomen agudo y supone la causa más frecuente de muerte materna en el primer trimestre (del 10 al 15%) cuando se asocia a rotura tubárica.

La localización más frecuente para este tipo de embarazos es:

<b>Tubárica:</b>	98%
Ampular	80%
Itsmo	12%
Fimbria	6%
Cornual	2.2%
<b>Ovárica</b>	0.15%
<b>Cervical</b>	0.15%
<b>Abdominal</b>	1.4%

Existe la posibilidad de que ocurra al mismo tiempo embarazo extrauterino e intrauterino, lo que se denomina embarazo heterotópico. Su incidencia ha aumentado en

los últimos años, de 1/30000 a 1/7000, debido a las técnicas de reproducción asistida.

## Factores de riesgo

Factores de riesgo	Riesgo relativo
Cirugía tubárica previa	21.0
Esterilización tubárica	9.3
Embarazo ectópico previo	8.3
Exposición intrauterina a dietilestilbestrol (DES)	5.6
Uso de dispositivos intrauterinos (DIUs)	4.2
Cirugía pelviana previa	0.9-3.8
Infertilidad previa	2.5
Infección pelviana previa	2.5-3.7
Promiscuidad sexual	2.1
Tabaquismo	2.3-2.5
Duchas vaginales	1.1-3.1
Edad del primer coito < de 18 años	1.6

### Signos y síntomas

Las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico son muchas y dependen si existe rotura tubárica. La tríada clásica es amenorrea, sangrado irregular y dolor en la región inferior del abdomen. Sin embargo, esta tríada sólo se ve en la mitad de las pacientes y es más frecuente en los casos de rotura uterina. El síntoma más común es el dolor abdominal intenso de inicio súbito, que se observa en más del 90 % de las pacientes. Estos síntomas inespecíficos, que también pueden presentarse en otras patologías ginecológicas, tienen la particularidad:

- Metrorragias irregulares: suelen ser de carácter escaso y continuo, otras veces intermitente, y suelen ir precedidas de un retraso menstrual no superior a 2-3 semanas en el 75-90% de los casos, aunque muchas veces la paciente lo confunde con la menstruación. Puede o no ser acompañado de dolor vago en hipogastrio.

- Dolor abdominal: referido como de tipo constante y con exacerbaciones, de intensidad leve a moderada, según la fase evolutiva del cuadro, y en general se localiza en la parte baja del abdomen con predominio en una de las fosas ilíacas. El dolor grave en puñalada que se irradia a la región sacra y en ocasiones al hombro, puede ser indicativo de rotura del ectópico, especialmente si se acompaña de signos y síntomas de shock hipovolémico, que no guarda relación con la metrorragia habida.

Además, se pueden presentar síntomas generales de gestación: náuseas y vómitos.

### Diagnóstico

Tanto en la presentación típica como en la atípica pueden simular otro tipo de enfermedades no están relacionadas con el aparato reproductor, por ello es importante hacer un diagnóstico diferencial con el aborto espontáneo, embarazo intrauterino normal, salpingitis, torsión o rotura de un quiste de ovario, torsión anexial, cuerpo lúteo hemorrágico, endometriosis, apendicitis, gastroenteritis, diverticulitis, enfermedades urinarias entre otras.

La importancia del diagnóstico precoz se basa en la posibilidad de poder utilizar métodos terapéuticos

conservadores, que son fundamentales para conservar la capacidad reproductora, y en casos más graves, la vida. Los métodos diagnósticos se dividen en:

- Exploración clínica: el cuadro clínico a la exploración suele ser inespecífico, pero es bastante constante el dolor a la movilización cervical, y la presencia de una masa anexial, igualmente dolorosa. En el caso de rotura del ectópico aparece irritación peritoneal (signo de Blumberg y/o defensa abdominal) y un cuadro de shock.

- Determinaciones de  $\beta$ -HCG: esta hormona aumenta en el embarazo hasta alcanzar un valor de 100.000 mUI/ml en las 6-10 semanas. En un embarazo normal se duplica el valor cada 48 horas. En la gestación ectópica es habitual que aumente más lentamente o en meseta, pero se han detectado embarazos intrauterinos viables con un aumento más lento de la  $\beta$ -HCG, así como embarazos ectópicos con una curva de aumento de la hormona igual que en un embarazo intrauterino viable. Por lo tanto, esta prueba por sí sola no confirma la existencia de embarazo ectópico. Cuando la  $\beta$ -HCG alcanza un valor de 2000 mUI/ml se debería observar saco gestacional.

- Ecografía: se utiliza la ecografía tanto transvaginal como transabdominal. La transvaginal es útil para diagnosticar los embarazos ectópicos intrapélvicos, pero se escapan los extrapélvicos (menos frecuentes), debido al alcance de la sonda. Cuando la  $\beta$ -HCG alcanza un nivel de 1000-2000 mUI/ml y no se observa saco gestacional dentro del útero, sugiere gestación ectópica. La presencia de gestación intraútero descarta la gestación ectópica debido a lo infrecuente que es la gestación heterotópica, no obstante, habría que tenerla en cuenta en los casos en los que se ha utilizado técnicas de reproducción asistida.

- Otros procedimientos: laparoscopia, en casos de duda, también puede ser terapéutica.

## Tratamiento

Existe la posibilidad de tratamiento médico con metrotexato, quirúrgico por laparoscopia o mantener una conducta expectante.

○ Conducta expectante: cuando la  $\beta$ -HCG es menor de 1500 y está en descenso con controles cada 48-72 horas hasta su resolución.

○ Quirúrgico: laparoscopia o laparotomía. La laparoscopia es el método quirúrgico de elección, sobre todo en los casos de rotura tubárica. Ya que cuenta con índice muy bajo de complicaciones, disminuye el dolor postoperatorio y la pérdida sanguínea además de requerir un menor coste económico. La laparotomía se reserva para los casos en los que la paciente se encuentra hemodinámicamente inestable. La técnica más utilizada en ambos casos son la salpingectomía (extracción de la trompa afectada) que es de elección en los casos de rotura tubárica o hemorragia no controlada, o la salpingostomía (conserva la trompa) recomendada cuando la trompa no se ha roto o la otra está dañada o ausente.

○ Médico: Metrotexate es el medicamento de elección. Es un antagonista del ácido fólico, inhibidor de la síntesis de purinas y pirimidinas, por lo cual actúa en la síntesis de ADN y la multiplicación celular. El trofoblasto, por ser de rápida proliferación, es un tejido muy sensible a este medicamento. El tratamiento médico debe ofrecerse a pacientes determinadas.

- Criterios de exclusión:
  - Enfermedad previa grave, en especial hepática y renal
  - Anormalidad en el hemograma: leucocitos  $<2000 \text{ mm}^3$ , plaquetas  $<100.000 \text{ mm}^3$ , GOT y GTP  $> 30 \text{ U/l}$  y creatinina  $> 1,5 \text{ mg/dl}$ .
  - Contraindicación de metrotexate
  - Tratamiento con AINEs o diuréticos
  - Paciente que no desee control posterior
  - Ectópico heterotópico
- Criterios de inclusión:
  - Mujer sana hemodinámicamente estable y que ofrezca garantías de que va a cumplir el tratamiento
  - No signos de rotura de embarazo ectópico
  - Diámetro máximo del huevo no superior a 4 cms
  - Presencia de latido cardíaco fetal no lo contraindica pero lo hace menos aconsejable
  - $\beta$ -HCG menos a  $10.000 \text{ mIU/ml}$
  - Evitar embarazo en los próximos 3 meses para evitar efectos teratogénicos.
  - Consentimiento informado.

## Formas de administración:

- Con una sola dosis IM (50mg/m). Si la  $\beta$ -HCG no disminuye más de un 15% en una semana, repetir la dosis.
- Múltiples dosis IM (0,1 mg/Kg). Resulta más eficaz, pero produce mayores efectos secundarios. Tras la administración de la primera dosis se le puede dar el alta a la paciente.
- Metrotexate intrasacilar: introducir 10 mg directamente en el saco con una guía ecográfica. Actualmente no está aconsejada esta vía.

Los efectos secundarios más frecuentes son: dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarreas y estomatitis. Algunos menos frecuentes son afectación hepática o renal, aplasia medular, fotosensibilidad y alopecia.

## Manejo

○ Si sospecha no confirmada y paciente estable y asintomática, alta hospitalaria, aunque deberá volver en 48 horas para control ecográfico y de  $\beta$ -HCG. Informar de los signos de rotura tubárica.

○ Si se confirma diagnóstico y la paciente está sintomática se ingresa en la unidad. Se cursa analítica completa con grupo y Rh y venoclisis con hidratación.

▪ Si descompensación hemodinámica, líquido libre intrabdominal o signos de shock, valorar la cirugía urgente.

▪ Si la paciente está estable, tratamiento médico y control de  $\beta$ -HCG en 4-7 días.

▪ Si es Rh negativo, administrar profilaxis anti-D si es una gestación de más de 8 semanas.

## JUSTIFICACIÓN

El embarazo ectópico es una entidad que se trata con cierta frecuencia en la consulta de urgencias obstétricas. Es de vital importancia llegar a un diagnóstico certero cuanto antes, ya que cuanto antes se confirme el embarazo ectópico y se comience con el tratamiento, más posibilidades hay de utilizar tratamiento conservador y lo que es más importante, conservar la función reproductora de la mujer. En la mayoría de los centros sanitarios de nuestro entorno es la matrona el personal que recibe las urgencias obstétricas, por ello deben estar correctamente formadas en este tipo de patologías, para dar los cuidados de forma adecuada y estar atentas ante cualquier signo o síntoma que sugiera alguna complicación y así poder instaurar el tratamiento adecuado lo antes posible.

## OBJETIVOS

Elaborar un plan de cuidados estandarizado para unificar y garantizar unos cuidados de enfermería de calidad y acertados en las pacientes con esta patología.

## METODOLOGIA

Este artículo se centra en la revisión de los estudios basados en la evidencia científica existente en:  
 -Las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden y Medline.  
 -Revistas científicas: matronas Profesión, Nure Investigación.

-Bibliografía de Tratados de Obstetricia y Ginecología y de diagnósticos enfermeros. (NANDA, NOC, NIC).  
 -Protocolos de actuación ante un embarazo ectópico en distintos hospitales

## RESULTADO

### Plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
Dolor	1605 Control del dolor.  160505 Utilizar los analgésicos de forma aprobada.  160511 Refiere dolor controlado.	2210 Administración de analgésicos.  Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar a la paciente. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</li> <li>• Comprobar alergias</li> <li>• Registrar respuesta a analgésico y cualquier efecto adverso</li> </ul>
<b>Riesgo de hemorragia</b>	1608 Control del síntoma.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce el comienzo del síntoma</li> <li>• Valoración del síntoma</li> </ul> 0802 Estado de signos vitales  Temperatura, pulso, respiración y T/A dentro del rango esperado.	4010 Precauciones con la hemorragia.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia.</li> <li>• Realizar analítica: Estudio coagulación, hemograma según protocolo.</li> <li>• Control de constantes.</li> <li>• Informar al paciente que mantenga dieta absoluta.</li> <li>• Administrar productos sanguíneos si procede.</li> <li>• Instruir a la paciente y familia acerca de los signos de hemorragia.</li> </ul> 4160 Control de hemorragia  Identificar la causa de la hemorragia
<b>Riesgo de infección</b>	070207 Temperatura corporal	6540 Control de infecciones
<b>Administración de tratamiento</b>	2301 Respuesta a la medicación.	2300 Administración de medicación.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los</li> </ul>

	Efectos terapéuticos y medicamentos prescritos y de adversos de la medicación libre dispensación. prescrita.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar nota de las alergias de la paciente y dejar de administrar si procede.</li> <li>• Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada.</li> </ul>
<b>Ansiedad</b>	<p>1402 Control de la ansiedad.</p> <p>140204 Busca información para reducir la ansiedad.</p> <p>1302 Superación del problema.</p> <p>130206 Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento.</p>	<p>5230 Aumentar el afrontamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener</li> <li>• Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> </ul> <p>5820 Disminución de la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un enfoque sereno que de seguridad.</li> <li>• Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>• Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</li> <li>• Escuchar con atención.</li> <li>• Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> </ul> <p>Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p>
<b>Duelo anticipado</b>	<p>1201 Esperanza</p> <p>120106 Expresión de optimismo</p>	<p>5310 Dar esperanza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva, en una situación dada</li> </ul>

<b>Requerimientos terapéuticos</b>	<p><b>NIC</b></p> <p>2304 Administración de medicación: oral</p> <p>2313 Administración de mediación intramuscular (IM)</p> <p>2930 Preparación quirúrgica.</p> <p>4200 Terapia intravenosa (IV)</p> <p>6950 Cuidados por cese del embarazo</p> <p>7680 Ayuda en la exploración.</p>
------------------------------------	--

<b>Posibles complicaciones</b>	<b>NIC</b> 0221 Terapia de ejercicios: ambulaci3n.  1020 Etapas en la dieta.  1400 Manejo del dolor.  6950 Cuidados por cese del embarazo.
<b>Requerimientos diagn3sticos</b>	<b>NIC</b> 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa.  7680 Ayuda en la exploraci3n.

## CONCLUSI3N

Tras una exhaustiva revisi3n concluimos que el embarazo ect3pico es una entidad que est3 aumentando su incidencia cada vez m3s debido al aumento del uso de t3cnicas de fertilizaci3n, por ello es necesario que todo el personal de enfermería de las unidades obst3trico-ginecol3gicas est3n capacitadas para prestar los cuidados necesarios a estas pacientes. Es de vital importancia a la

hora de elaborar un plan de cuidados tener en cuenta tanto los que van encaminados al alivio del dolor, el control de hemorragias y de infecci3n, como los diagn3sticos relacionados con la funci3n, relaci3n y el afrontamiento, ya que el embarazo ect3pico supone una p3rdida, por lo que la mujer va a elaborar un duelo y le va a generar ansiedad la afectaci3n de su fertilidad para un futuro.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cabrero L., Saldívar, D. Operatoria obstétrica. Una visi3n actual. México. Ed. Panamericana. 2009. ISBN: 978-607-7743-06-4.
2. Lombardía J, Fernández M. Ginecología y Obstetricia. Manual de consulta rápida. Madrid. 2ª Edici3n. Ed. Panamericana. 2007. ISBN: 978-84-98-35-073-9.
3. Reece A, Hobbins J. Obstetricia Clínic. Buenos Aires. 3ª edici3n. Ed. Panamericana. 2010. ISBN: 978-950-06-1456-6.
4. Kurjak A, Chervenak F. Ecografía en obstetricia y Ginecología. Buenos Aires. 2ª Edici3n. Ed. Panamericana. 2008. ISBN: 978-950-06-0913-6.
5. Casanova C. Epidemiología del embarazo ect3pico en un hospital ginecoobstétrico. Revista Cubana de Enfermería. Septiembre 2003, vol 19, nº 3. Versi3n online.
6. García Mirás R et al. Embarazo heterot3pico. Presentaci3n de un caso. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. Abril 2001, vol 27, nº 1. Versi3n online.
7. Zapardiel I, De la Fuente J. Guía Práctca de urgencias en Obstetricia y Ginecología. Madrid. Editorial Habe. 2008. ISBN: 978-84-936046-1-5.
8. Planes de cuidados de enfermería de la Consejería de Igualdad, Salud y Polítcas Sociales del Servicio Andaluz de Salud.
9. Planes de cuidados del Hospital Virgen de las Nieves.

10. Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier.2004

11. Moorhead S, Johnson M, Maas. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005

12. Dochterman JM, Bulecheck G. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC).Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005