

# Actuación en urgencias de la matrona ante el embarazo ectópico

## AUTORES:

José Iglesias Moya\*, Rosa María Morillas Salazar.\*\*  
Matrón en Hospital Virgen de la Luz (Cuenca)\*  
Matrona en Hospital General Básico Santa Ana (Motril)\*\*

## Resumen

El embarazo ectópico constituye una patología de la gestante que puede ser muy grave, la correcta identificación del problema junto con los cuidados precisos, mejorarán los datos relativos a mortalidad y morbilidad, además de ayudar tanto a la mujer como a su familia para el afrontamiento del duelo, miedo, estrés y ansiedad que puede originar esta situación.

En este artículo presentamos un caso clínico de diagnóstico de embarazo ectópico diagnosticado en urgencias, seguidamente se describe el plan de cuidados que se llevó a cabo con la paciente.

## Palabras clave:

Embarazo, ectópico, cuidados, morbilidad.

## Title:

Action in emergencies of the matron before ectopic pregnancy

## Abstract:

Ectopic pregnancy constitutes a pathology of the pregnant woman that can be very serious, the correct identification of the problem together with the precise care, will improve the data related to mortality and morbidity, besides helping both the woman and her family for the coping of Duel, fear, stress and anxiety that can lead to this situation. In this article, we present a clinical case of diagnosis of ectopic pregnancy diagnosed in the emergency room, and then describes the care plan that was carried out with the patient

## Key words

Pregnancy, ectopic, care, morbidity.

## **Introducción:**

En el embarazo ectópico la implantación del huevo sucede en el exterior del útero, produciendo lesiones en la zona de implantación, en la mayor parte de los casos suele producirse en la porción tubárica de la trompa de falopio.(1,2)

Esta situación supone un incremento tanto en la morbilidad como en la mortalidad materna durante los tres primeros meses del embarazo. (3,4)

Algunas situaciones que favorecen el desarrollo del embarazo ectópico son el consumo de tabaco, usos de dispositivo de implante intrauterino, gestantes con edad superior a los cuarenta años.(5,6)

La mujer con embarazo ectópico suele presentar dolor abdominal localizado en fosa ilíaca o hipogastrio, amenorrea y en ocasiones hemorragia vaginal de aspecto oscuro y poca cantidad. Se producen también síntomas propios del embarazo normal como pueden ser náuseas o modificaciones mamarias propias del embarazo.

Los estudios de imagen preferentemente la ecografía vía vaginal junto con el análisis y estudio de la hormona Beta-HCG, la cual en un embarazo normal sus cifras son mayores a 1500 UI/L duplicándose cada 48 horas., nos facilita el diagnóstico.

La presencia de cifras de Beta-HCG en valores aproximados al embarazo junto con la ausencia de embrión en útero nos hará sospechar de embarazo ectópico(7)

Alternativas viables de tratamiento son el uso de fármacos (methotrexate), cirugía (salpingostomía, salpingectomía) o mantener una actitud expectante cuando la beta-HCG es menor de 1500 UI/L disminuyendo su valor cada dos o tres días(8)

## **Objetivo:**

Elaborar un plan de cuidados que garantice una atención integral a las gestantes que presenten esta patología.

## Metodología:

Se llevó a cabo una revisión donde se analizaron artículos con evidencia científica:

- Bases de datos: cuiden, scielo, cochrane
- Taxonomía enfermera (NANDA, NIC, NOC)
- Protocolos y consensos de la sociedad española de ginecología y obstetricia

## Resultados:

### A- Caso clínico

Mujer de 28 años de edad, con test de embarazo positivo, segundigesta, actualmente mantiene lactancia materna con su primer hijo, acude al servicio de urgencias por dolor abdominal y sangrado vaginal menor que una regla, Test de embarazo positivo, se calculan 8 semanas de gestación según fecha de última regla.

Tensión arterial 110/85 mm/Hg; frecuencia cardíaca 97 latidos por minuto Abdomen blando y depresible.

Especuloscopia: cuello uterino cerrado, formado, normal. Se observan pequeña cantidad de restos hemáticos En la ecografía transvaginal se evidencia embrión en la porción ampular de la trompa. Se solicita analítica, bioquímica, hemograma y coagulación, siendo normal.

Se decide ingreso de la paciente para valorar evolución con controles de beta-HCG partiendo de cifras de 1400 UI/l

### B- Valoración por patrones funcionales de Gordon.

#### • Percepción y manejo de la salud.

La paciente siente que algo no va bien en su embarazo debido al sangrado y dolor. No conoce por qué puede ser debido.

No refiere alergia a medicamentos.

Está tomando suplemento de ácido fólico y yodo.

Patrón alterado.

#### • Nutricional y metabólico.

Presenta un IMC de 22,1; peso 50 Kg; altura 1,56 m.

Nos comenta que sigue una dieta equilibrada.

No presenta caries ni problemas para la masticación.

- **Eliminación**

No presenta trastornos o molestias en la eliminación urinaria o fecal.

- **Actividad y ejercicio**

Presenta un estilo de vida sedentario con un Barthel de 100 puntos. Frecuencia cardíaca y respiratoria dentro de la normalidad.

- **Sueño y descanso**

Refiere dormir 8 horas diarias, no tomo ningún tipo de medicación para dormir.

- **Cognitivo perceptual.**

No refiere problemas de vista, oído de memoria o aprendizaje, pero manifiesta dolor abdominal.

Patrón alterado.

- **Autopercepción autoconcepto.**

Manifiesta cierto grado de ansiedad relacionado con la situación actual.

Patrón alterado

- **Rol, relaciones**

No manifiesta ningún tipo de problema con sus relaciones sociales o familiares. Vive con su pareja y su hijo. Sin embargo manifiesta que sufre ante la idea de perder a su nuevo hijo

Patrón alterado.

- **Sexualidad y reproducción.**

Edad menárquica a los 14 años, formula menstrual 4-28 días. Formula obstétrica G2 P1.

Actualmente no usa método anticonceptivo

- **Adaptación y tolerancia al estrés**

Refiere tener a su pareja y familia para afrontar problemas y situaciones estresantes como la actual.

- **Valores y creencias.**

Refiere ser católica pero no practicante.

## C - Plan de cuidados

NANDA (DIAGNOSTICO)	NOC (OBJETIVO)	NIC (INTERVENCION)
Ansiedad relacionado con proceso de enfermedad manifestado verbalmente	140204 Busca información para reducir la ansiedad.	5230 Incremento del afrontamiento:  - Ofrecer información objetiva sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico  5820 Disminución de la ansiedad:  - Crear un ambiente de confianza
Dolor agudo relacionado con proceso de enfermedad manifestado verbalmente.	1605 Control del dolor	2210 Administración de analgésicos  - Comprobar alergias - Administrar medicación según pauta médica
Riesgo de sangrado relacionado con embarazo ectópico	0802 Estado de signos vitales dentro de la normalidad	4010 Precauciones de la hemorragia. -Extracción de analítica (hemograma y coagulación) - Control de constantes -Mantener dieta absoluta
Conocimientos deficientes relacionado con la enfermedad manifestado verbalmente	1803 Conocimiento: Proceso enfermedad. 1814 Conocimiento: Procedimiento terapéutico	5602 Enseñanza: Proceso enfermedad.
Duelo anticipado relacionado con la muerte del feto	1201 Esperanza 1304 Resolución de la aflicción	5310 Dar esperanza 7140 Apoyo

### Conclusión:

En la actualidad el embarazo ectópico se considera la primera causa de muerte materna en el primer trimestre de embarazo, con el caso clínico y plan de cuidados descritos se describen unos objetivos, e intervenciones de la matrona estándar que nos permite realizar el trabajo de forma más estandarizada en el servicio de urgencias, sin embargo siempre tendremos que realizar una valoración personal de cada caso y adecuar nuestros objetivos e intervenciones a las necesidades de la persona.

## Bibliografía:

1. Rigol Ricardo O. Sangramiento en obstetricia. En: Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 146-55.
2. Cunningham Gary F, Gant NT, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Embarazo Ectópico. En: Williams Obstetricia 21ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2005. p. 757- 76.
3. Fernández Arenas Carmen. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2017 jul 17] ; 37(1): 84-99. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es).
4. Silva Solovera S. Revisión bibliográfica de Embarazo Ectópico del 1992-2003. Servicio de Obst y Ginec Hosp Dr. Sero del R 20, Stgo de Chile. 2004. [citado 17 JUL 2017]1Disponible en:<http://www.buenastareas.com/ensayos/Embarazo-Ectopico/631999.html>
5. Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CB, Strathy JH, Kurland LT. Risk factors for ectopic pregnancy. A population based study. JAMA 1988; 259: 1823-7.
6. DeMouzon J, Spira A, Schwartz DA. A prospective study of the relation between smoking and fertility. Int J Epidemiol 1988; 17: 378-84
7. Sociedad española de ginecología y obstetricia.Embarazo ectópico. Documentos de consenso S.E.G.O. 2004
8. Álvarez M, Nannig C. Rol de la cirugía endoscópica en el manejo actual del embarazo ectópico tubárico. Rev Chi Obstet Ginecol 2005;70:15-20
9. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008 Nanda de vv.aa. Elsevier España, s.a. 2007.
10. Moorhead S, Jonson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª edición Elsevier, Madrid. 2009
11. McCloskey, Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª edición Elsevier. Madrid. 2005