

ROTURA DE EMBARAZO ECTOPICO, MANEJO POR LA MATRONA.

AUTORES: M^a del Rosario Amado Chaves, Rosario Cabello Delgado. Matronas urgencias ginecológicas-paritorio Hospital SAS de Jerez.

PALABRAS CLAVES: embarazo ectópico, shock hipovolémico; amenorrea, dolor abdominal.

RESUMEN:

El embarazo ectópico se produce cuando el blastocito se implanta fuera de la cavidad uterina. Aunque no es una situación que se produzca con mucha frecuencia es importante saber reconocerla para poder actuar de manera efectiva. Entre los objetivos de esta comunicación estarán describir los factores de riesgo o predisponentes que enumera la evidencia científica para el desarrollo de un embarazo ectópico. Se analizarán los síntomas de alarma que nos deben hacer sospechar que estamos ante una rotura de embarazo ectópico, y por último desarrollaremos el manejo clínico de esta situación.

Los profesionales sanitarios deben saber diferenciar esta situación con rapidez para así poder realizar los cuidados de enfermería necesarios y poder solventar esta situación con eficacia.

INTRODUCCION Y ANTECEDENTES:

El embarazo ectópico es aquel que se implanta fuera de la cavidad uterina. La incidencia es aproximadamente del 1-2% de todas las gestaciones.

El embarazo ectópico se clasifica según su localización:

TUBARICO, es el más frecuente de las gestaciones ectópicas 97%, dentro de estos el 80% es en la región ampular. Las otras zonas donde se puede implantar el blastocito serían: **OVARIO, CERVIX, ABDOMEN** la implantación en estas zonas se producen con menor frecuencia, solo 1 % de los casos.

Entre los **factores predisponentes** para un embarazo ectópico podemos señalar:

- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Cirugía tubarica previa.
- Embarazos ectópicos previos.
- Adherencias por cirugía pélvica previa .
- DIU.
- Endometriosis.
- Infertilidad previa.
- Anticonceptivos orales solo con géstatenos.
- Técnicas de reproducción asistida.

El embarazo ectópico roto es una patología que deberíamos sospechar ante una paciente con dolor abdominal, que presenta un test de gestación positivo y una imagen ecográfica de útero vacío.

OBJETIVOS:

- Reconocer factores de riesgo o predisponentes enunciados por la evidencia científica.
- Reconocer síntomas de alarma que nos hagan sospechar de un embarazo ectópico y su posible rotura.
- Manejo clínico de esta situación de urgencias.

METODOLOGIA:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos y buscadores:

Cuidatge, PubMed, ENFISPO, Cochrane, Cinahl, Google académico.

También han sido consultados guías y protocolos nacionales e internacionales de organizaciones científicas y profesionales.

RESULTADOS:

Después de consultar la bibliografía encontrada pasamos a describir cuales son los síntomas de alarma que nos deben hacer sospechar de un posible embarazo extrauterino.

Síntomas de alarma:

- La paciente puede no presentar síntoma, o por el contrario podría acudir al servicio de urgencias con un cuadro de shock hipovolémico si se hubiese producido el estallido del embarazo ectópico.
- Amenorrea, consecuencia de la gestación en desarrollo.
- Dolor abdominal: puede ser un dolor de inicio brusco, punzante, en una o ambas fosas iliacas. O también puede ser un dolor descrito como constante mantenido en el tiempo.
- Metrorragia que puede ser discreta o spotting, menor que una regla y suele ser de sangre oscura.

DISCUSION Y APLICACIONES A LA PRÁCTICA

La etiología de este tipo de embarazo permanece indeterminada. Algunos estudios la han relacionado con una interferencia en la liberación del óvulo desde el folículo roto, asociado a disfunción e inflamación tubárica ; lo cual se produce con el uso del DIU y antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica. Además de los otros factores de riesgos mencionados anteriormente.

El diagnostico de embarazo ectópico se basa en la sospecha clínica .Al realizar una exploración abdominal vamos a encontrar un abdomen doloroso con defensa y signo de Blumberg positivo. Dependiendo de la evolución del proceso podemos encontrar desde una discreta hipersensibilidad a un abdomen agudo.

Al realizar un tacto vaginal encontraremos movilización uterina dolorosa. Dolor a la presión en fondos vaginales.

La gestante puede percibir un dolor de aparición brusca, metrorragia que suele ser escasa y ecográficamente veremos un útero que no anida a

ningún saco gestacional. Diagnosticaremos embarazo ectópico al visualizar el saco gestacional con vesícula vitelina y actividad cardíaca fuera del útero.

Control de bHCG mayor de 1000-2000 UI/L en gestaciones mayores a las 5 semanas de gestación. El valor de la bHCG por sí solo no es diagnóstico, debe acompañarse de la ecografía.

APLICACIÓN A LA PRÁCTICA:

Cuando llega una gestante en el primer trimestre con dolor abdominal agudo de inicio brusco, debemos sospechar de embarazo ectópico roto, la rápida actuación de los profesionales sanitarios puede ser vital para la resolución efectiva del proceso.

Procederemos de la siguiente forma:

- Control de constantes.
- Hemograma y coagulación. Control de hematocrito y hemoglobina. Debemos pedir también grupo y RH.
- Canalizar vía periférica con Ringer-lactato.
- Si existe descompensación hemodinámica, líquido intraabdominal libre evidenciado mediante ecografía o signos de shock, se valorará cirugía urgente.
- Si está estable el equipo de urgencias podrá optar por tratamiento médico, valorando la administración de Metrotexato a dosis única IM.
- Si es RH negativo habrá que ponerle profilaxis anti-D en gestaciones superiores a las 8 semanas de gestación.

El embarazo ectópico roto no es una situación que se da con mucha frecuencia en los servicios de urgencias ginecológicas, pero es una situación con la que todo profesional debería de estar familiarizado para poder responder ante esta situación y dar una respuesta efectiva siendo así resuelta lo más rápida y satisfactoriamente posible para la paciente.

BIBLIOGRAFIA:

- Bustamante A E, Castillo M C, Alarcón V F, Venegas N M, Zuiga I L. Embarazo Ectópico ovárico, reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2015;26:57-62.
- Sánchez Gómez P, Sancho Sauco B, Pedro-Viejo García G. Embarazo ectópico ovárico. *Prog Obstet Ginecol*. 2017;60(4):359-362.
- McNamara R, Dean A. Approach to acute abdominal pain. *Emerg Med Clin N Am* 2011;29:159-73.
- Sowter MC, Farquhar CM. Ectopic pregnancy: an update. *Current Opinion Obstet Gynecol*. 2004;16:289-93. 2. Stovall TG, Ling FW, Carson SA, Buster JE. N