

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Cuidados de enfermería en embarazo ectópico complicado del servicio de Ginecología de un hospital nacional de Ayacucho, 2021

Trabajo académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia

Por:

Maybee Ccayanchira Domínguez

Iveth Sally Sicha Cueto

Asesora:

Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Lima, junio de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, María Teresa Cabanillas Chávez, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “**Cuidados de enfermería en embarazo ectópico complicado del servicio de Ginecología de un hospital nacional de Ayacucho, 2021**”, constituye la memoria que presentan las Licenciadas Maybee Ccayanchira Domínguez e Iveth Sally Sicha Cueto para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia, ha sido realizado en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad de las autoras, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 08 días del mes de junio de 2022.

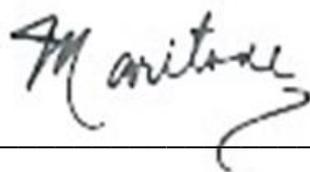


Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

**Cuidados de enfermería en embarazo ectópico complicado del
servicio de Ginecología de un hospital nacional de Ayacucho, 2021**

Trabajo académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional
de Enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Lima, 08 de junio de 2022

Cuidados de enfermería en embarazo ectópico complicado del servicio de Ginecología de un hospital nacional de Ayacucho, 2021

Lic. Maybee Ccayanchira Domínguez, Lic. Iveth Sally Sicha Cueto; Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

^aAutor del trabajo académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

^bAsesora del trabajo académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú

Resumen

El embarazo ectópico es la implantación del embrión que se origina fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina; como puede ser una de las trompas de Falopio, el intersticio uterino, el cérvix el ovario, la cavidad abdominal o pélvica. También, se conocen como embarazos tubáricos, estos a su vez pueden causar un cuadro de abdomen agudo, si no se interviene de manera oportuna puede comprometer la salud del paciente. Para describir los cuidados de enfermería en el embarazo ectópico complicado, se realizó un estudio cualitativo, con diseño de caso clínico único que se basa en el proceso de atención de enfermería (PAE); aplicando como instrumento la guía de valoración por patrones funcionales de Maryori Gordon a una paciente obstétrica de 34 años. Se identificó 7 diagnósticos de enfermería: se priorizó el diagnóstico dolor agudo r/c: agente lesivo físico m/p expresión facial del dolor, conducta expresiva. Las intervenciones realizadas fueron satisfactorias, la paciente logro disminuir la intensidad de dolor; sin embargo, ante el PC hemorragia los resultados aún son indefinidos debido a las pocas horas de intervención y evaluación. Se identificó las características clínicas de la paciente correspondiente a embarazo ectópico complicado y los factores de riesgo que incrementan las posibles complicaciones. Se administraron los cuidados observando mejoría en los patrones alterados, todo enmarcado en el proceso enfermero, y así nos permite un cuidado oportuno y de calidad.

Palabras claves: atención de enfermería, embarazo ectópico complicado, usuario y paciente.

Abstract

Ectopic pregnancy is the implantation of the embryo that occurs outside the endometrial lining of the uterine cavity: in the fallopian tube, the uterine interstitium, the cervix, the ovary or the abdominal or pelvic cavity. Ectopic pregnancies are also known as tubal pregnancies, these in turn can cause an acute abdomen with vital compromise of the patient if not intervened in a timely manner. To describe nursing care in complicated ectopic pregnancy. A qualitative study was carried out, with a unique clinical case design based on the Nursing Care process (PAE), applying Maryori Gordon's functional pattern assessment guide as an instrument to a 34-year-old obstetric patient. 7 nursing diagnoses were identified, of which the diagnosis was prioritized. Acute pain r/c physical injurious agents' m/p facial expression of pain, expressive behavior. The interventions performed were satisfactory, the patient was able to reduce the intensity of pain; however, in the case of hemorrhage, the results are still indefinite due to the few hours of intervention and evaluation. The clinical characteristics of the patient corresponding to complicated ectopic pregnancy and the risk factors that increase possible complications were identified. The care was administered observing improvement in the altered patterns, all framed in the nursing process and thus allowing us to provide timely and quality care.

Keywords: Patient, Nursing care, Complicated ectopic pregnancy

Introducción

El embarazo, ectópico, es la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina; se reconoce como factor etiológico a la lesión tubárica secundaria, inflamación y causas ovulares, responsables de la mala implantación (Murga et al., 2020). El actual estudio tiene la finalidad de dar a conocer los cuidados administrados a pacientes con embarazo ectópico complicado.

Cabe señalar que la incidencia de esta patología va en aumento en todo el mundo; ahora ocurren en 1-2% de todos los embarazos. En los Estados Unidos se estima que el 1.4% del total de los embarazos corresponde a su modalidad ectópica; en el Reino Unido se contabilizan 30 mujeres con embarazo ectópico al día, esto corresponde aproximadamente a 12 000 casos al año. (Glenn et al., 2018). Por otra parte, en Cuba la razón de muerte materna por esta afección, se comportó aproximadamente en 40 de cada 100 000 nacidos vivos, estableciendo el embarazo ectópico la primera causa (Fernández et al., 2021).

En este contexto en el Perú se han realizado muy pocos estudios sobre el embarazo ectópico. En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, la tasa de embarazo ectópico, fue de 1 en 767 embarazos; en el Instituto Materno Perinatal fue de 3,3 en 1.000 embarazos (Quispe, 2019). En este sentido, Zapata (2017) plantea que la incidencia de embarazo ectópico fue 0,63% o 1 de cada 157 partos. En definitiva, se encontró que el 54% fueron embarazos ectópicos complicados; además el 89% tuvo localización tubárica.

Señala Salcedo (2018) que en los últimos 20 años la tasa de embarazo ectópico, en el Hospital Regional Ayacucho, ha mantenido un aumento significativo en el número de casos en relación a la frecuencia con la que se multiplica por seis; mientras que, la tasa fluctúa en alrededor de 1 a 2 nacimientos registrados en el mencionado hospital.

De acuerdo a lo expuesto, este estudio se hace interesante porque se necesita conocer, profundizar, sobre los factores de riesgo, causas y cuidados de enfermería en el embarazo ectópico complicado. Teniendo en cuenta esta premisa, Quispe (2019) resalta que, los factores asociados al embarazo ectópico son madres solteras y convivientes que tienen edades entre 21 a 30 años, nivel superior de estudios alcanzado, multiparidad, inicio precoz de relaciones sexuales y uso de levonorgestrel. Salcedo (2018) resalta que los embarazos ectópicos se asocian a presencia de infección de transmisión sexual, antecedentes de aborto; haberse sometido a bloqueo tubárico bilateral y antecedente de la patología en estudio.

Teniendo en cuenta, Martín et al. (2020), mencionan que la fecundación del óvulo se efectúa en una de las trompa de Falopio, pero su implantación tiene lugar en el útero. Sin embargo, coexisten ciertas causas que pueden conllevar a una obstrucción de la trompa o algún daño en la motilidad tubárica, al desplazarse lentamente el óvulo puede quedar obstruido en el trayecto, y de esa manera el óvulo fecundando no llegaría al útero, debido a que en la gran mayoría de caso el embrión se adhiere a la mucosa de la trompa y esta se encaja en el revestimiento de las mismas, originando un embarazo ectópico.

La presente investigación, es un estudio cualitativo, donde la importancia es favorecer la relación terapéutica, satisfacer las necesidades y brindar cuidados a pacientes con embarazo ectópico, ya que enfermería es el primer contacto que tienen después de recibir el diagnóstico médico, además que existe comunicación ante situaciones difíciles de confidencialidad, donde se establecen relaciones con el paciente y familiares, de modo que permita a la enfermera favorecer la relación (Moltó, 2022).

Tras el diagnóstico de una patología, como es el caso del embarazo ectópico, las pacientes generalmente están frente a un evento que complica el proceso y desarrollo de la

gestación. Para los procesos de embarazo ectópico el procedimiento de elección siempre será la cirugía, así como la hidratación y algunos oxitócicos indicados por el facultativo; sin embargo, debido a los cambios potenciales que se producen luego de una laparotomía exploratoria, se pueden manifestar dolor agudo y riesgo de complicación de hemorragia. También se hace necesario la experticia del profesional de enfermería especialista en Ginecología y Obstetricia para una oportuna atención y asertiva de casos como el embarazo ectópico (Moltó, 2022).

Objetivo general

Describir los cuidados de enfermería en el embarazo ectópico complicado.

Objetivos específicos

Conocer los factores de riesgo, tratamiento y complicaciones del embarazo ectópico.

Exponer las medidas preventivas de hemorragia en paciente con embarazo ectópico complicado.

Describir el rol de enfermería en la atención del dolor en paciente con embarazo ectópico complicado.

Elaborar un plan de cuidados de Enfermería basado en una paciente con embarazo ectópico complicado, utilizando los manuales de clasificación NANDA, NOC, NIC de Lynda Juall Carpenito en temas de colaboración.

Marco teórico

Embarazo ectópico

Se denomina así, a todo embarazo que se encuentra fuera de la cavidad uterina. Donde la prevalencia en la población es de aproximadamente 2 veces todos los embarazos. Es usualmente diagnosticada en el primer trimestre del embarazo, siendo la edad gestacional más común entre las 6 a 10 semanas (Murga et al., 2020).

Clasificación

Formas clínicas:

tubárica (O00.1)

ovárico (O00.2)

abdominal (O00.0)

cornual, cervical (O00.8)

La localización más frecuente es la tubárica, que representa alrededor del 95 %; de esta la ampular ocupa el 75 %. Otras localizaciones son la ovárica, abdominal, y cervical (Guevara et al., 2018).

Signos y síntomas

Los más comunes son los siguientes: dolor abdominal bajo, amenorrea y sangrado vaginal inusual. Presentado en el examen físico por cambios en los signos vitales como taquicardia o cambios en la postura que pueden conducir a una marcada disminución de la presión arterial y sensación de convulsiones. Exámenes auxiliares para el diagnóstico son la ecografía pélvica transvaginal y niveles séricos de beta de la gonadotropina coriónica humana (B - hCG). La sensibilidad y especificidad de la combinación de estos dos exámenes está en el rango de 95 % a 100 % (Guevara et al., 2018).

Factores de riesgo

El embarazo ectópico representa una de las principales causas de muerte materna. Las causas pueden ser por un defecto congénito en las trompas de Falopio, cicatrización después de la ruptura del apéndice, endometriosis, edad mayor de 35 años, embarazo teniendo un dispositivo intrauterino, embarazo ectópico con anterioridad, ligadura de trompas; haberse sometido a una

cirugía para revertir la ligadura de trompas, múltiples parejas sexuales, algún tratamiento para esterilidad (Matos et al., 2018).

Fisiopatología del embarazo ectópico

En cuanto a la fisiopatología, se puede mencionar que en el caso del embarazo ectópico, las células trofoblásticas son similares a los fetos normales, secretan la hormona gonadotropina coriónica, mantienen el cuerpo lúteo y producen suficiente estrógeno y progesterona para que la madre cambie en una etapa temprana (Liang et al., 2018).

Esto permite que en las primeras semanas la evolución sea tranquila, pues "la fecundación nada tiene de anormal, lo patológico está en la implantación del huevo en un sitio impropio", pero muy pronto, ante la barrera decidual escasa y el poder erosivo del trofoblasto, el huevo está "condenado" a perecer (Liang et al., 2018).

Cabe señalar que los sitios de implantación anormales pueden ser ectópicos (ovarios, trompas de Falopio, órganos de la cavidad abdominal, peritoneo) o intrauterinos, pero a nivel del cuello uterino y/o parte del intersticio de las trompas de Falopio (en el cuerno del útero) (Matos et al., 2018).

De manera similar, la causa de esta implantación fuera de lo normal puede deberse a factores de la trompa de Falopio y el ovario: retraso, desalineación o incapacidad para migrar el óvulo y la predicción predice la capacidad de anidación del ovocito (Bertin et al., 2019).

De hecho, estos cambios hormonales producen una disminución de la motilidad de las trompas de Falopio, provocando que el cigoto se desarrolle antes de llegar al endometrio, quedando así atrapado en la trompa de falopio. Estas alteraciones están dadas por diferentes niveles de estrógeno y progesterona en sangre, que cambian la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero (C. Rivera et al., 2020).

Tratamiento

Tratamiento expectante

Es una elección con las siguientes condiciones:

La paciente debe estar hemodinámicamente estable, sin sangrado mayor ni signos de hematoma, masa anexial menor de 3 cm de diámetro e inerte ecográficamente (masa heterogénea sin vesícula y embrión, sin flujo, bHCG); pacientes que cumplan criterios de manejo esperado deberán ser hospitalizados para nuevo control de β HCG a las 8 h, y adicionalmente, luego de confirmada la estabilidad hemodinámica, deberán ser dados de alta hospitalaria. Posteriormente se realizará control de β HCG semanalmente, hasta negatividad (Salinas et al., 2020).

Tratamiento médico

El uso de metotrexate es una alternativa a la cirugía en mujeres con embarazo ectópico no roto. La paciente debe estar hemodinámicamente estable, sin sangrado importante ni signos de hematoma, una masa anexial de menos de 3,5 cm de diámetro en la ecografía y sin evidencia de actividad cardíaca fetal, bHCG inferior a 5000 mIU/ml, sin líquido libre o inferior a 100 mililitros en el sacro después de la ecografía; no habido comorbilidades que contraindicaran el uso de metotrexato. Su uso debe ser en dos esquemas: multidosis y monodosis, eligiendo principalmente monodosis por su baja toxicidad, facilidad de uso y bajo costo (Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología, 2020).

Es importante destacar que las siguientes condiciones son contraindicaciones para el uso de metotrexato: inmunodeficiencia, alcoholismo crónico, enfermedad renal, enfermedad hepática, enfermedad pulmonar activa, disfunción sanguínea, úlcera péptica. Por lo tanto, todos los pacientes tratados previamente con un régimen de metotrexato deben someterse a las

siguientes pruebas auxiliares con hemograma completo, coagulación, hígado y riñón normales (C. Rivera et al., 2020).

En el primer control de β hCG, que debe realizarse el día 4 después del metotrexato, este día debe mostrar una disminución de más del 15 % desde el inicio. Además, una medición realizada el día 7 debería mostrar una disminución de más de 25 % desde el valor inicial, combinado con el primer examen de ultrasonido transvaginal (Liang et al., 2018).

Tratamiento quirúrgico

Este es el tratamiento de elección accesible por laparotomía o laparoscopia, si se dispone de equipo y el personal está capacitado en su uso. Dado que las trompas de Falopio son el sitio más común, cubriremos su manejo quirúrgico (Bertin et al., 2019).

Manejo quirúrgico conservador (salpingostomía)

Es el método de elección para las mujeres que desean mantener la fertilidad y cumplen las siguientes condiciones:

El paciente está hemodinámicamente estable, la masa anexial guiada por ultrasonido tiene menos de 4 cm de diámetro, verificada intraoperatoriamente y el transductor está intacto o levemente dañado intraoperatoriamente. Es importante mencionar que, para la ligadura de trompas, lo más importante es el tamaño del apéndice y el estado de las trompas de Falopio; y es independiente de la presencia de actividad embrionaria y niveles de β hCG. La primera prueba de β hCG realizada 2 horas después de la salpingectomía, que habría sido un 50 % o más inferior al valor inicial, predice una tasa de éxito general del 85 % y una tasa de embarazo ectópico persistente. Posteriormente, se realizará un seguimiento con β hCG hasta negativizarla. Si los niveles de β hCG se mantienen estables o aumentan durante el seguimiento, se puede administrar una dosis única de metotrexato bajo supervisión médica (C. Rivera et al., 2020).

Manejo quirúrgico radical (salpingostomía)

Esta es la extirpación total o parcial de las trompas de Falopio. Es preferible desde el punto de vista de la cirugía sola, ya que se asegura la hemostasia y la eliminación de los productos de la concepción de una manera que no puede proporcionar el tratamiento quirúrgico conservador (Vásquez et al., 2018).

Complicaciones

Sobre complicaciones; un embarazo ectópico es una emergencia obstétrica porque el riesgo de ruptura de la trompa de Falopio es muy alto, lo que lleva a la pérdida de sangre, si no se trata a tiempo, puede llevar a la muerte de la madre. Aun, si no se suscitara la muerte de la madre, la lesión tubárica podría ser grave e irreversible, comprometiendo la fertilidad de la paciente (Matos et al., 2018).

Por consiguiente, en caso de ruptura de las trompas de Falopio, puede dar lugar a la creación de hemorragias en la cavidad abdominal, así como choques y colapsos circulatorios, anemia, shock y sepsis de la herida quirúrgica (Bertin et al., 2019).

Cuidados de enfermería en embarazo ectópico (Moltó, 2022)

Valoración céfalo caudal de la paciente

Mantener en reposo absoluto

Monitoreo hemodinámico

Canalizar vía periférica con un adecuado calibre N.º 18

Valoración del dolor

Precauciones con la hemorragia

Prevenir riesgo de sangrado.

Determine la ubicación, las características, la calidad y la intensidad del dolor antes de tratar al paciente.

Examinar las indicaciones médicas para el tratamiento, la dosis y la frecuencia de los analgésicos prescritos.

Pruebas de alergia

Registre la reacción a la medicación para el dolor y cualquier efecto secundario.

Brindar cuidados de enfermería según guía y protocolo del servicio

Efectivizar exámenes auxiliares según protocolo.

Informe al paciente y a la familia de los signos de sangrado.

Proporcione información objetiva sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Dolor agudo

La Organización Mundial de la Salud citada por Pérez (2020) define “Al dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial y lo reconoce como un problema de salud mundial”.

Como afirman Heather y Kamitsuru (2019), denominan al dolor agudo como “La experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el estudio del dolor); de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de 3 meses”.

Consecuentemente Pérez (2020) atribuye que el dolor es una sensación desagradable y muy personal que no puede compartirse con otros, puede ocupar todo el pensamiento de una persona, dirigir todas las actividades y cambiar la vida. El dolor agudo se considera actualmente

una condición digna de anticipación inmediata, tratamiento, prioridad y un riesgo fisiológico para la salud.

De acuerdo con Ramos et al. (2018) refieren que, “el dolor agudo es una lesión tisular real o potencial identificable, ocasionado por estímulos nocivos desencadenantes por heridas de la piel”.

Características definitorias

Teniendo en cuenta a Heather y Kamitsuru (2019), basado en la taxonomía II de NANDA, el estudio de dolor agudo se caracteriza por los siguientes:

Autoinforme de características del dolor utilizando instrumentos estandarizados, autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas de dolor, cambio de parámetro fisiológicos, cambios en el apetito centrado en sí mismo, conducta defensiva, conducta expresiva, conducta protectora, conductas de distracción, desesperanza, diaforesis, dilatación pupilar, expresión facial de dolor, postura para aliviar el dolor, evidencias mediante pruebas estandarizadas del dolor para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente. (pág. 468)

Sin embargo, el problema del dolor, identificado en la paciente fueron: expresión facial de dolor y referencia de dolor intenso (8/10), según EVA (Escala visual analógica); estas características señalaron el problema de dolor agudo.

Desde el punto de vista de la valoración, el profesional de enfermería tiene que ver el tema de dolor como un asunto muy importante a tratar, dado que permanece más tiempo con los pacientes realizando intervenciones o simplemente hablando con ellos sobre su estado de salud (Murillo, 2020).

Es necesario mencionar que, aunque el dolor se evalúe de forma subjetiva y a través de escalas del dolor, se hace necesario la observación, sobre todo de los gestos, muecas y

expresiones faciales, pues de esta manera, además de toda la información verbal que la paciente pueda brindar; se realizará el análisis crítico de estos datos para emitir el juicio clínico correspondiente (Galíndez et al., 2019).

Factores relacionados

Teniendo en cuenta a Heather y Kamitsuru (2019) basados en la taxonomía II de NANDA, se mencionará los siguientes factores relacionados: agente químico lesivo, lesión por agentes biológicos, lesión por agentes físicos.

Evidentemente, la paciente del problema en estudio fue sometida a una laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado.

Etiología

En cuanto a la causa, existen varios factores que conducen a un embarazo ectópico. Ahora bien, en un tercio o hasta la mitad de todos los embarazos ectópicos no se identifican factores de riesgo. En teoría, cualquier cosa que interfiera con el movimiento del feto en la cavidad endometrial podría causar un embarazo ectópico (Mejía, 2018).

Entre las principales causas de embarazos ectópicos en la actualidad se encuentran las infecciones tubéricas, especialmente por *Chlamydia trachomatis* y el uso cada vez más frecuente de técnicas de reproducción asistida (Mejía, 2018).

Clasificación del dolor

De acuerdo a Rodríguez et al. (2019), el dolor puede clasificarse desde diversos enfoques:

Según su duración

Dolor agudo. Es el que tiene una duración menor a 3 meses, presenta escaso componente psicológico y generalmente se debe a una patología orgánica.

Dolor crónico. Tiene una duración mayor a tres meses, acompañado de un componente psicológico, generalmente existe una respuesta inadecuada al tratamiento y es origen multifactorial.

Según el curso

Dolor continuo. Es persistente a lo largo del día y no desaparece.

Dolor irruptivo. Dolor que presenta episodios transitorios y responde adecuadamente al tratamiento.

Según la intensidad

Dolor leve. No interfiere con las actividades diarias de la persona, es tolerable.

Dolor moderado. Interfiere en las actividades de la vida diaria y puede resolverse con opioides menores.

Dolor severo. Es aquel que interfiere en el descanso, requiere la administración de opioides mayores.

Según la localización

Dolor somático. Se trata de un dolor localizado, punzante e irradiado por dermatomas. Cede a la administración de antiinflamatorios no esteroideos.

Dolor visceral. Es un dolor de pobre localización, continuo y profundo, se acompaña de síntomas neurovegetativos; puede extenderse más allá del punto de origen y requiere tratamiento con opioides.

Fisiología del dolor

Otro punto es la fisiología, podemos mencionar que, el dolor que experimenta un individuo es el resultado de una interacción de múltiples variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Ferrandiz (2018) resalta que la interacción de dichas variables determina un

sistema funcional cerebral que ha denominado neuro matriz, que sería el responsable de dar unas características personales a la percepción dolorosa.

En este contexto, la mayoría de los nociceptores tienen la propiedad de incrementar su respuesta a estímulos repetitivos. Este fenómeno se denomina sensibilización periférica y puede ser de dos tipos: auto sensibilización, a veces por acomodación de la membrana o por alergias, a veces por la acción de sustancias químicas (serotonina, bradicinina, histamina, prostaglandinas, leucotrienos y sustancia P) presentes en la zona lesionada. La hipersensibilidad a estas sustancias produce hiperestesia (la sensación de dolor es mayor que la sensación de dolor transmitida por los nociceptores). La hiperestesia corneal se clasifica como primaria cuando la sensibilización se produce en el sitio de la lesión tisular y secundaria, cuando implica una sensibilización extensa más allá del sitio de la lesión. La hipersecreción es primaria debido al mecanismo inflamatorio periférico y secundaria a la hiperactividad central (Ferrandiz, 2018).

En este sentido, se entiende que las segundas neuronas pueden sufrir cambios de expresión génica y cambios funcionales a largo plazo como resultado de su estimulación repetida, produciendo dolor con estimulación indolora (Montiel et al., 2021).

En resumen, el tálamo juega un papel fundamental en la percepción del dolor. Su lesión produce lo que se conoce como síndrome del hipocampo, que se manifiesta como un dolor espontáneo y severo en los costados del cuerpo. Además, está involucrado no solo en el procesamiento del dolor sino también en la regulación emocional (Montiel et al., 2021).

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

Recogiendo lo más importante, existen dolores que pueden aliviarse, al menos en parte, tales como en reposo; está claro que el movimiento de una extremidad lesionada aumenta el

dolor. Sin embargo, el adagio de que el descanso es un buen remedio para el dolor no puede aplicarse universalmente. De hecho, en algunos dolores crónicos, si la inmovilidad se prolonga, puede provocar atrofia muscular, lo que prolonga las sensaciones dolorosas, como ocurre en la lumbalgia (J. García, 2017).

La terapia de calor, ya sea caliente o fría, puede ayudar a aliviar el dolor. En general, se recomienda el uso de frío para el dolor agudo acompañado de un componente inflamatorio (lesión, esguince, mordedura, edema) y el uso de calor para el dolor subagudo y crónico (artropatía, contractura severa). El masaje, que utilizan los fisioterapeutas, puede ayudar a reducir la sensación de dolor porque favorece tanto el drenaje como la relajación muscular y mejora la flexibilidad, con beneficios psicológicos. Otras formas de masaje pueden ser dañinas, ya que las personas no capacitadas pueden exacerbar las lesiones dolorosas (J. García, 2017).

Tratamiento farmacológico

Hay que destacar el uso de analgésicos, también pueden emplearse coadyuvantes tales como paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos; son la primera línea de analgésicos farmacéuticos y; por tanto, el grupo de mayor consumo. Su mecanismo de acción se basa en la inhibición de las enzimas ciclooxigenasas (COX), y suele ser eficaz en el tratamiento de los dolores más frecuentes y en las dosis recomendadas y es completamente seguro durante un breve periodo de tiempo. Como regla general, estos medicamentos deben usarse en la dosis más baja suficiente para eliminar el dolor. Un aumento de la dosis no implica necesariamente un aumento de la analgesia, y si es así, no existe una relación lineal entre dosis y respuesta, ya que estos fármacos tienen un techo de analgesia. Por el contrario, aumenta el riesgo de efectos secundarios, especialmente a dosis altas y durante largos períodos de tiempo, lo que puede ser muy peligroso (Montiel et al., 2021).

Rol de enfermería en el manejo del dolor agudo

De acuerdo a Pereda et al. (2018) es fundamental determinar si el paciente tiene dolor en el momento de la entrevista inicial. Si este es el caso, es necesario promover las intervenciones necesarias para lograr el alivio. Asimismo, la evaluación inicial servirá como guía para desarrollar un plan de tratamiento del dolor. Se debe comprobar la localización, intensidad, calidad (aplastamiento, quemazón, punzante, descarga eléctrica, etc.) o el inicio y duración del dolor.

Por otro lado, se debe determinar el impacto, afectando su calidad de vida y bienestar, sus relaciones sociales, su familia. Asimismo, evaluar factores que aumentan y disminuyen la tolerancia al dolor y planificar intervenciones; los factores que reducen el umbral del dolor son: irritabilidad, insomnio, fatiga, miedo, tristeza, ira, depresión, aburrimiento, introversión, aislamiento y abandono social; asimismo los factores que aumentan el umbral del dolor son los siguientes: sueño, descanso, simpatía, empatía, comprensión, solidaridad, juego, reducción de la ansiedad y elevación del estado de ánimo. Finalmente, consultar indicaciones médicas de tratamiento, dosis y frecuencia de analgésicos prescritos, realizar las prueba de alergia de acuerdo a necesidad y registrar la reacción a la medicación para el dolor y cualquier efecto secundario (Monleón, 2018).

Riesgo de complicación de hemorragia

En cuanto a la hemorragia, es la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un periodo de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 ml/minuto; por lo tanto, causa pérdida del 50% del volumen sanguíneo en 20 minutos (Carrillo et al., 2018).

Teniendo en cuenta a De la Torre et al. (2018) la hemorragia es la salida o derrame de sangre dentro y/o fuera del organismo como consecuencia de la rotura de uno o varios vasos

sanguíneos. Debe ser controlada rápidamente, pues si la pérdida es muy abundante puede ocasionar shock y muerte.

De acuerdo con Rivera et al. (2020) denomina que la hemorragia uterina anormal es definida como cualquier sangrado que difiera el patrón menstrual en frecuencia, cantidad y duración. Sus manifestaciones son poli menorreas: periodicidad menstrual menor de 21 días y oligomenorreas: periodicidad mayor a 35 días.

Como afirma Rojas et al. (2019), la hemorragia es un trastorno caracterizado por la salida de sangre desde el fondo de los vasos sanguíneos. El sistema hemostático es responsable de prevenir esta pérdida de sangre a través de la delicada interacción de los componentes de la pared del vaso, las plaquetas y las proteínas plasmáticas.

Factores de riesgo

Placenta previa, edad mayor de 35 años, embarazos múltiples, antecedentes de cicatrización uterina (extirpación, aspiración manual, miomectomía, cesárea), tabaquismo, embarazo ectópico compresión placentaria común (NIPPD); consumo de cocaína, distensión uterina, hipertensión, trastornos del colágeno, antecedentes de NIPPE, trauma abdominal, enfermedad tromboembólica; rotura uterina: historia de cicatrización uterina, uso de oxitócicos anestésicos, parto prolongado, malformaciones, infección y adenomas uterinos (Román et al., 2019).

Causas

Aborto, embarazo ectópico, trombocitopenia, desprendimiento de placenta, placenta previa, rotura uterina, desgarro del canal de parto, inversión uterina, fijación de la placenta, remanentes de placenta (Carrillo et al., 2018).

Medios de diagnóstico

Entre los procedimientos diagnósticos que se deben realizar para determinar la causa de dicho sangrado, realizaremos en primer lugar un examen físico.

La ecografía es la técnica de imagen más utilizada en la evaluación del sangrado uterino anormal. Permite estudiar el útero y los ovarios. Identifica casos en los que las mujeres pueden evitar las biopsias endometriales, ya que una ecografía normal reduce significativamente la posibilidad de daño endometrial. Esto evitará biopsias innecesarias. La histeroscopia, también es un procedimiento de diagnóstico muy útil para diagnosticar el sangrado uterino anormal. Permite realizar la biopsia endometrial de forma más directa sobre la propia lesión, reduciendo así los falsos negativos (García et al., 2020).

En determinadas circunstancias, puede ser aconsejable el legrado. Esto generalmente se realiza bajo anestesia general y, además de brindar información de diagnóstico, será terapéutico en algunos casos (Rojas et al., 2019).

Por otra parte, existen causas de sangrado uterino anormal relacionadas con enfermedades crónicas o trastornos hemorrágicos, así como con el proceso de ovulación. Por ello, puede ser recomendable realizar una serie de análisis de sangre para descartar alteraciones en estos órganos que puedan estar provocando la aparición del mencionado sangrado anormal (Carrillo et al., 2018).

Complicaciones

Según la complejidad de la hemorragia se puede clasificar:

Tabla 1

Grados de choque

Grado del choque	Porcentaje de pérdida sanguínea	Signos y síntomas
Leve	< 20%	diaforesis frialidad en extremidades

Moderado	20% - 40 %	ansiedad aumento llenado capilar taquicardia taquipnea hipotensión postural
Severo	>40%	oliguria hipotensión agitación confusión

Fuente: Adaptado de Dean Leduc & otros. *Prevention and treatment of hemorrhage*. 2009

Tratamiento.

Tratamiento no invasivo.

Tratamiento medicamentoso (de primera línea).

Tratamientos con oxitocina: 10 unidades de oxitocina por inyección intravenosa lenta, es una precaución recomendada y se mantiene en 20 unidades en 500 ml de solución de glucosa; maleato de ergometrina 0,2 mg IM y reevaluar después de 10 minutos; carbetocina 100 mcg, liberación endovenosa con 200 ml de solución fisiológica, infusión continua durante 5 a 6 minutos; misoprostol 800 a 1000 mcg por vía rectal; el ácido tranexámico se ha sugerido en casos de atonía resistente o hemorragia persistente secundaria a traumatismo genital (Sornoza et al., 2022).

Tratamiento intervencionista (de segunda línea)

Masaje uterino bimanual, una mano a través de la vagina en puño presionando la pared anterior del útero y la otra supraumbilical sobre cara posterior del cuerpo uterino (Rojas et al., 2019).

Taponamiento uterino (efectivo en el 8% de los casos), el dispositivo más utilizado es *Sengstaken Blakemore, catéter de Barki* (De la Torre et al., 2018).

La colocación de un balón (*cobra Cordis 5F*) sobre la arteria ilíaca interna a través del fémur común, utilizando la técnica de *Seldinger*, se infla y se deja de 2 a 8 horas, con profilaxis

antibiótica, este procedimiento es seguro, efectivo, y se puede realizar en pacientes inestables. Es importante contar con el apoyo de un radiólogo experimentado (Vásquez et al., 2018).

Ropa a prueba de golpes, ningún estudio aleatorizado lo ha sugerido, el beneficio potencial para el paciente radica en la reducción de la pérdida de sangre en aproximadamente 200 ml, lo que no determina qué diferencia se seguirá en los procedimientos quirúrgicos (Sornoza et al., 2022).

Tratamiento radiológico

En pacientes estables, la embolización de la arteria uterina tiene una eficacia del 90 % y mantiene la fertilidad y restaura la menstruación posparto en un 100 %. Pueden ocurrir complicaciones como dolor, fiebre, embolia pulmonar, inflamación pélvica y necrosis del útero y la vejiga (Carrillo et al., 2018).

Tratamiento quirúrgico

Cirugía de conservación. Se utiliza si otras medidas son insuficientes como la ligadura de la arteria uterina, inmediatamente, después del nacimiento. El éxito es del 90%, más aún si hay evidencia de desprendimiento de placenta por los altos riesgos de morbilidad materna (Rojas et al., 2019).

Medidas preventivas

Con respecto a la profilaxis, los factores predisponentes (fibromas uterinos, dilatación de líquido amniótico, embarazo múltiple, trastornos hemorrágicos maternos, posparto o antecedentes de hemorragia posparto) se identifican antes del parto. Está claro que, si una mujer tiene un tipo de sangre anormal, este tipo de sangre debe detectarse temprano. Después de la separación de la placenta, 10 unidades de oxitocina o una infusión de oxitocina diluida (10 o 20 unidades en 1000 ml de solución a 125 o 200 ml/hora durante 1 o 2 horas), generalmente,

asegura las contracciones uterinas y reduce la pérdida de sangre. Después de que sale la placenta, se examina cuidadosamente para ver si está completa. Si está incompleta debe revisarse el útero manualmente y extraer los segmentos restantes. (Román et al., 2019).

Teoría del cuidado humano de enfermería

La profesión de enfermería tiene la responsabilidad de asumir un papel activo en el desarrollo de un cuerpo científico e incorporar ese conocimiento a la práctica. La investigación se debe comportar como el vehículo primario para el desarrollo del conocimiento que exige los momentos actuales a la enfermería. Las enfermeras en la práctica diaria realizan un gran número de actividades: recogen información de los pacientes, valoran sus problemas y la alteración de sus necesidades, establecen objetivos, planifican cuidados, realizan las intervenciones que responden a los objetivos y a la planificación de los cuidados, aplican tratamientos y, finalmente, evalúan la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería y su evolución hacia la consecución de los objetivos establecidos y en todo este proceso se producen múltiples interacciones de sentimientos y de emociones (Riegel et al., 2018).

Igualmente, existen una serie de habilidades donde el personal de enfermería en su diario quehacer le resultan imprescindibles: el autocontrol, el entusiasmo, la automotivación, la empatía, etc.; la presencia de las mismas facilita alinear recursos anímicos que propician mayor habilidad en la resolución de problemas, en fomentar relaciones interpersonales armoniosas, aumentando así habilidades sociales, lo que ayuda a potenciar el rendimiento laboral y generar defensas para la reacción positiva a la tensión y al stress (Riegel et al., 2018).

Tales argumentos son reafirmados por teóricos de la macrobiótica como Jean Watson, quien ha señalado que el objetivo de la enfermería es permitir que la persona alcance un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y mente, sustancia y alma, lo que crea procesos de

autocontrol - conocimiento, autoestima, autocuración y autocuidado. Watson argumenta que este objetivo se logra a través del proceso de soporte de persona a persona, y las transacciones generadas por este proceso (Riegel et al., 2018).

Durante su desarrollo como ciencia, uno de los problemas de la enfermería fue comprender la base ontológica del cuidado y sus componentes teóricos para darle al cuidado de enfermería un sentido coherente y coherente como ciencia humana (Riegel et al., 2018).

Inteligencia teórica y emocional de Jean Watson: Filosofía y ciencia de apoyo; aplicada por los enfermeros al arte de cuidar constituye una estrategia en la que la investigación puede apoyar la práctica, beneficiar a la industria y a las personas en general, apoyar la experiencia clínica de los profesionales individuales y posibilitar una mejor toma de decisiones sobre las acciones profesionales (Riegel et al., 2018).

Metodología

Diseño del estudio

En el presente estudio de caso se aplica el enfoque metodológico de la investigación cualitativa, porque abarca el proceso de investigación en todas sus etapas, desde la definición del tema hasta el desarrollo de la perspectiva. Así mismo, se centra en recolectar información donde se puedan obtener datos claves.

Caso clínico único para dar respuesta a los objetivos formulados en el estudio acerca de los cuidados de enfermería en embarazo ectópico complicado.

Sujeto de estudio

Mujer de 34 años de edad seleccionada a conveniencia de las investigadoras, diagnosticada como embarazo ectópico complicado; quien manifestó dolor abdominal intenso,

con predominio en hipogastrio, irradiación a nivel flanco izquierdo y esta vulnerable a presentar hemorragia.

Ámbito y periodo del estudio

El estudio se realizó en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Ayacucho. El periodo de estudio quedó comprendido entre el 03 de abril del 2021 al 15 de julio de 2021, para la fase de contacto se utilizó la observación y recogida de datos clínicos.

Procedimiento de recojo de información

Fuente de información

Como fuente de información se consideró, el instrumento de recolección de datos.

Para el presente estudio se utilizó el marco de valoración de los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, validado por profesionales expertos del área.

El procedimiento para recoger la información se ha desarrollado a través de las siguientes fuentes:

Información verbal proporcionada por la paciente de 34 años

La observación directa a la paciente.

Historia clínica de la paciente.

Los registros de evolución médica y enfermera.

Examen físico de la paciente.

La valoración de enfermería según los 11 patrones de Marjory Gordon.

La revisión de la evidencia científica.

La revisión de la evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: *Science direct, Elsevier, Medline, Scielo*. Además, se han consultado documentos

procedentes de entidades oficiales (*OMS, American Cancer Society*), guías de práctica clínica y protocolos; actas de congresos; tesis doctorales y libros publicados para enfermería.

Técnica de recolección de datos

Entrevista interrelacionando y dialogando con el entrevistado además de gran utilidad para recabar datos; a su vez la observación del objeto de estudio dentro de una situación particular, sin necesidad de intervenir o alterar el ambiente en el que se desenvuelve el objeto.

Procedimiento de información

Para realizar la recolección de datos, el paciente de 34 años y el jefe del servicio dieron autorización previa, asegurando la protección y confidencialidad de los datos proporcionados al estudio durante todo el proceso, sin que se presentaran problemas de identificación.

La recolección de información se llevó a cabo en etapas: la primera fase inició con el acceso a revisión de la historia clínica del paciente para extraer datos clínicos como antecedentes personales y familiares, motivos de consulta, resultados de pruebas diagnósticas, diagnóstico médico primario, diagnóstico médico y clínico desarrollos, así como el desarrollo de la atención. En el segundo, la evaluación de enfermería se realizó a través de una entrevista personal, siguiendo los 11 modelos funcionales de Marjory Gordon, utilizando la identificación y el reconocimiento de los diagnósticos de enfermería clave para desarrollar un plan. Los planes de cuidados específicos se centran en estudios de casos. En la tercera etapa, se encontró tres seguimientos realizados a la paciente para ver su evolución. Y en la etapa final se realizó una revisión integral de la evidencia científica, fijando límites según el criterio de fecha, restringiendo la búsqueda de información desde el año 2016 hasta la actualidad. Se utilizaron las bases de datos: *Direct science, Scielo, Elsevier, Google academic...*, y utilizando palabras clave

como enfermería, procedimiento de enfermería, embarazo ectópico, riesgo de embarazo ectópico, embarazo ectópico complicado.

Procesamiento de los datos

Los datos fueron analizados y organizados en los siguientes procedimientos:

El análisis y procesamiento de datos se realiza con base en el enfoque de enfermería.

Después de evaluar al paciente con base en 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se realizó una red de inferencia con base en el "modelo regional" creado por Pesut y Herman; para seleccionar el diagnóstico primario de acuerdo con la taxonomía NANDA I, luego de la elección de D, se establecieron los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) y actividades correspondientes. Después de la implementación de las actividades programáticas de enfermería, se realizan evaluaciones de estas actividades para verificar la efectividad de las intervenciones implementadas en el plan de atención individual del paciente.

Denomina que la hemorragia uterina anormal es definida como cualquier sangrado que difiera el patrón menstrual en frecuencia, cantidad y duración. Sus manifestaciones son: poli menorreas (periocidad menstrual menor de 21 días); oligomenorreas (periocidad mayor a 35 días).

Resultados

Descripción del caso

Paciente adulta de sexo femenino de 34 años de edad; ingresa al servicio de Emergencia referida de un hospital nivel II. Por presentar palidez marcada, dolor abdominal intenso, con predominio en hipogastrio, con irradiación a nivel flanco izquierdo de aproximadamente 3 horas de evolución, fascie de dolor, refiere dolor intenso 8/10 según escala de evaluación visual analógica, taquicardia y ventilando espontáneamente. Con amenorrea menos de un mes; además

presenta dolor torácico tipo opresivo de mediana intensidad; ingresa al servicio de Ginecología diagnosticada con laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado y anemia severa. Se observa, herida operatoria cubierta con apósitos húmedos con secreción amarillenta, secreción vaginal sanguinolenta en escasa cantidad, es portadora de sonda Foley, con características coléricas, no realiza deposición desde hace dos días, por lo cual refiere malestar y preocupación. Menciona haber presentado hace un año 2 abortos de forma espontánea.

Valoración

A continuación, se realiza la valoración de la paciente en base a los patrones alterados funcionales de Marjory Gordon:

Patrón N°1. Percepción manejo de la salud

Patrón alterado. Multigesta niega antecedentes de enfermedades, grupo sanguíneo “O” y factor RH “positivo”. Con prueba COVID-19 negativo; ecografía ginecológica: útero eco normal con líquido libre escaso. No consume tabaco, alcohol ni drogas; después de exámenes auxiliares previos realizados, ingresa a sala de operaciones; tras la cirugía realizada pasa a Unidad de Recuperación Post Anestésica. En la actualidad, se observa con higiene corporal conservada, con palidez marcada, con una hemoglobina de control en el post operatorio de 7.8 gr/dl., hematocrito 23.2%, leucocitos 13.880mm³, linfocitos 7.9%.

Diagnostico medico actual: laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado y anemia severa.

Tratamiento médico post laparotomía exploratoria.

DB + LAV

Cl Na 9% 1000cc a 45 gts x min.

clindamicina 600 mg EV C/8 Horas

gentamicina 160 mg EV C/24 Horas

tramadol 100 mg EV C/8 Horas

metoclopramida 10 mg EV C/8 Horas

hierro sacarato 200 mg C/48 Horas

sonda Foley permeable retirar con diuresis mayor a 600 cc.

CFV + OSA + CSV

S/S control de hemoglobina 04/04/2021 - 5 am.

Patrón N°2. Nutricional - metabólico

(Patrón alterado) Con presencia de herida operatoria supra púbica cubierta con apósitos húmedos con secreción amarillenta, piel pálida, turgente, con una temperatura de 36.2°C, presión arterial de 90/60 mm Hg, frecuencia cardiaca de 114 x´, frecuencia respiratoria de 22 x´; con un peso de 65 kg y una talla de 1.64 cm, con dieta blanda 3 veces por día más líquidos a voluntad, apetito disminuido, con ruidos hidroaéreos disminuidos y abdomen doloroso a la palpación.

Patrón N°3. Eliminación

Patrón alterado. Portadora de sonda Foley, la cual fue colocada el día de su ingreso para el control de diuresis; presenta orina colúrica, con buen flujo urinario de 500 cc., además menciona que no realiza deposición desde hace dos días, por lo cual refiere malestar y preocupación, ya que ella en casa evacua todos los días. A la evaluación se observa, secreción vaginal sanguinolenta en escasa cantidad.

Patrón N°4. Actividad-ejercicio

Patrón alterado. Reposo relativo, ventilando espontáneamente; frecuencia respiratoria de 22 x´, saturación de oxígeno (SO₂): 97%, con ruidos respiratorios normales, no presenta tos ni secreciones. Actividad circulatoria normal, la paciente presenta una frecuencia cardiaca de 114

x´ y una presión arterial de 90/60mmhg, no se observa edema en miembros superiores ni inferiores, se evidencia cicatriz que loide en brazo derecho al interrogatorio refiere haber sido operada hace 29 años por haber sufrido quemadura de II grado; con presencia de 2 catéteres periféricos en miembro superior derecho e izquierdo, cubierto con Tegaderm, el cual no presenta signos de flebitis. La paciente se moviliza en cama parcialmente dependiente, independiente para el consumo de sus alimentos y parcialmente dependiente al vestirse ya que es una paciente post operada inmediata con movilidad de miembros conservados y fuerza muscular conservada.

Patrón N°5. Sueño descanso

Patrón eficaz. Sueño conservado y reparador de 8 horas aproximadamente durante la noche.

Patrón N°6. Cognitivo-perceptual

Patrón alterado. La paciente se encuentra lucida orientada en tiempo, espacio y persona; escala de Glasgow 15, con grado de instrucción superior completa, no presenta problemas de audición y visión, no tiene dificultad para comunicarse ya que habla castellano. En la actualidad, refiere dolor intenso a nivel de herida operatoria la cual tiene una puntuación de 8 /10 en la escala del dolor según EVA (Escala visual analógica).

Patrón N°7. Autopercepción- autoconcepto

(Patrón alterado), preocupada por su estado de salud actual.

Patrón N°8. Rol-relaciones

Patrón eficaz. Ama de casa, convive con su pareja, su estructura familiar es nuclear.

Patrón N°9. Sexualidad- reproducción

Patrón alterado. Ingresa al servicio de Emergencia referida del Hospital de Apoyo Jesús de Nazareno de Ayacucho con amenorrea menos de un mes; sangrado vaginal en escasa

cantidad; con diagnóstico médico d/c embarazo ectópico complicado. Al examen físico presenta, mamas no secretantes, blandas. **Antecedentes obstétricos:** Menarquia: 13 años. Inicio de actividad sexual: 18 años gesta (3), aborto (2), partos vaginales: (0), cesárea (0) además portadora de sonda vesical conectada a bolsa colectora.

Patrón N°10 Adaptación- tolerancia al estrés

Patrón alterado. Paciente se muestra ansiosa, llorosa por pérdida de su bebé y refiere tener miedo a no poder tener más hijos ya que tuvo dos abortos anteriores.

Patrón N°11. Valores- creencias

Patrón eficaz. De religión católica.

Plan de cuidados

Diagnóstico

Los Diagnósticos de Enfermería (DxE) se identificaron por patrones alterados, en riesgo o en disposición de mejora vistos anteriormente en la valoración. Para trabajar los DxE se utilizó la Taxonomía II de NANDA Internacional (Heather & Kamitsuru, 2019).

Patrón N°1. Percepción -manejo de la salud

(00078) gestión ineficaz de la salud r/c conflicto de decisiones m/p estancia hospitalaria

Dominio: (0001) promoción de la salud

Clase: (0002) gestión de la salud

Definición: “Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos” (Heather & Kamitsuru, 2019, p. 156).

Patrón N°2. Nutricional-metabólico

(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c dolor abdominal

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.

Dominio: (0002) nutrición

Clase: (0001) equilibrio nutricional

Definición: “Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas” (Heather & Kamitsuru, 2019, p. 171).

(00155) riesgo de caída r/c anemia m/p palidez marcada

Dominio: (0011) seguridad y protección

Clase: (0002) caídas

Definición: “Susceptible a un aumento de caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud” (Heather & Kamitsuru, 2019, p. 408).

Patrón N°3. Eliminación

(00011) Estreñimiento r/c disminución de la frecuencia de defecar m/p cambios recientes en el entorno.

Dominio: (0003) eliminación de intercambio

Clase: (0002) estreñimiento

Definición: “Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y / o eliminación de heces excesivamente duras y secas” (Heather & Kamitsuru, 2019, p. 215).

Patrón N° 4. Actividad / ejercicio

(00240) Riesgo de disminución del gasto cardiaco r/c ansiedad m/p alteración de la frecuencia cardiaca.

Dominio: (0004) actividad / reposo

Clase: (0004) gasto cardiaco

Definición: “Susceptible a que la cantidad de sangre bombeada por el corazón sea inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo, lo que puede comprometer la salud” (Heather & Kamitsuru, 2019, p. 245).

(00004) riesgo de infección r/c procedimiento invasivo m/p catéter venoso, sonda Foley.

Dominio: (0011) seguridad / protección

Clase: (0001) riesgo de infección

Definición: “Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud” (Heather & Kamitsuru, 2019, p. 404).

Patrón N° 6. Cognitivo-perceptual

(000132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p expresión facial del dolor, conducta expresiva.

Dominio: (0012) confort

Clase: (0001) dolor agudo

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (*International Association for the Study of Pain*); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses” (Heather & Kamitsuru, 2019, p. 468).

Patrón N° 9 Sexualidad- reproducción.

(00206) riesgo de sangrado r/c complicaciones del embarazo

Dominio: (0011) seguridad y protección

Clase: (0002) sangrado

Definición: “Susceptible a una disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud” (Heather & Kamitsuru, 2019, p. 428).

Patrón N° 10. Adaptación – tolerancia al estrés

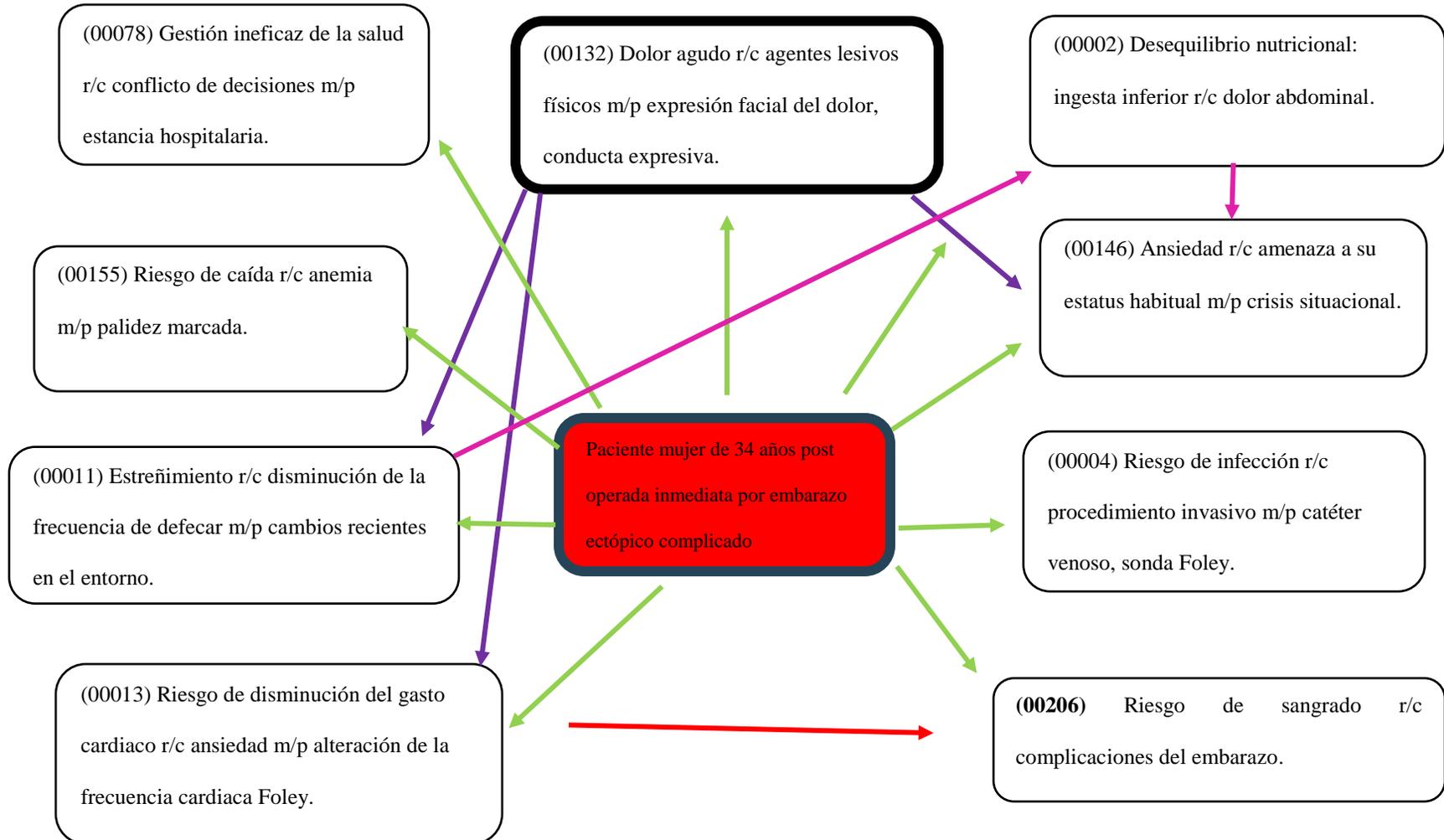
(00146) Ansiedad r/c amenaza a su estatus habitual m/p crisis situacional

Dominio: (0009) afrontamiento/ tolerancia al estrés

clase: (0002) ansiedad

Definición: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza” (Heather & Kamitsuru, 2019, p. 428).

Figura 1 Red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA para la obtención del diagnóstico principal



Fuente: Elaboración propia basada en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999)

Diagnostico principal

Tal como podemos observar en la red de razonamiento (Figura1) el diagnóstico principal es:

(000132) Dolor Agudo r/c agentes lesivos físicos m/p expresión facial del dolor, conducta expresiva.

Dominio: (0012) confort

Clase: (0001) dolor agudo

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (*International Association for the Study of Pain*); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses” (Heather & Kamitsuru, 2019, p. 428).

Justificación del diagnóstico principal.

Basándonos en las evidencias científicas y buscando bibliografías sobre los diferentes diagnósticos, se concluyó que el diagnóstico principal es el dolor agudo r/c, agentes lesivos físico m/p, expresión facial del dolor y conducta expresiva. León et al. (2019) afirman que el dolor es uno de los síntomas que más sufrimiento produce en cualquier enfermedad y constituye un problema básico de salud en todo el mundo. Y desde el punto ético de enfermería, nuestra prioridad es aliviar el dolor siendo este un derecho del ser humano.

Así mismo, controlar el dolor es esencial para mejorar la calidad de vida, porque un inadecuado manejo de dolor afectaría la recuperación (Ramos et al., 2018).

Para concluir, el dolor agudo después de una cirugía, laparotomía exploratoria de embarazo ectópico complicado tiene relación con las variaciones del nivel del ritmo cardiaco, teniendo unas repercusiones muy graves como es la taquicardia además de la disminución de la

motilidad gastrointestinal provocando estreñimiento. Por eso es importante tratar el dolor agudo y proporcionar el mayor bienestar a la paciente post operada ya que es una de nuestras labores principales como personal de enfermería. “El cuidado del paciente” (García, 2017).

Problemas de colaboración (PC) y sus riesgos de complicación (RC).

Para conocer cuáles son los problemas de colaboración, así como los riesgos de complicación de nuestra paciente, es necesario utilizar el manual de DxE de Lynda Carpenito (Carpenito, 2017).

Problema de Colaboración 1: Embarazo Extrauterino. (Embarazo Ectópico).

RC 1. 1 hemorragia

RC 1. 2 shock

RC 1. 3 sepsis

RC 1. 4 dolor agudo.

Problema de Colaboración 2. Periodo postoperatorio.

RC 2. 1 retención urinaria

RC 2. 2 hipovolemia/shock

RC 2. 3 peritonitis

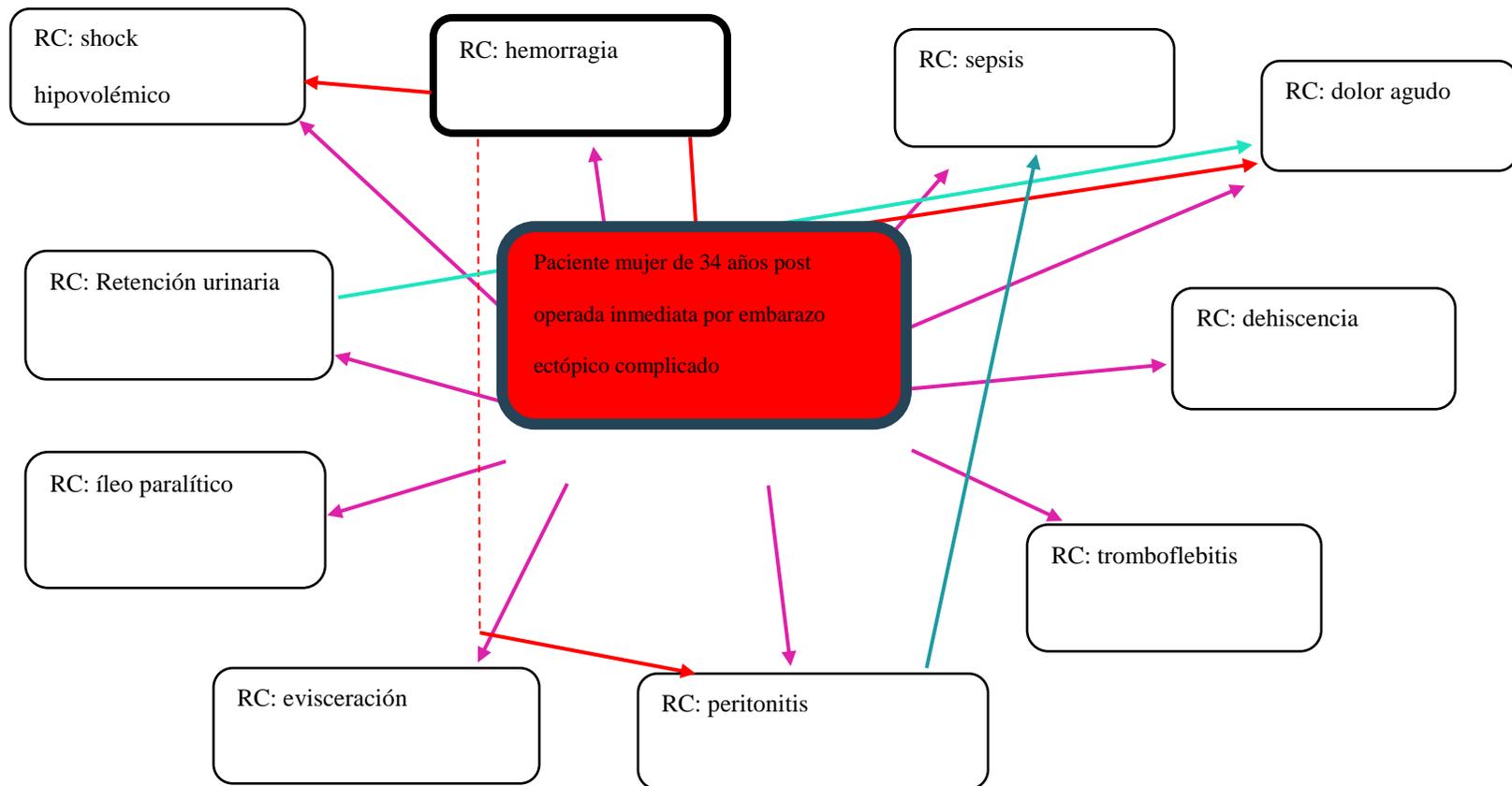
RC 2. 4 tromboflebitis

RC 2. 5 íleo paralítico

RC 2. 6 evisceración

RC:2. 7 dehiscencia.

Figura 2 Red de Razonamiento crítico basado en el modelo AREA para la obtención de riesgo de complicación principal (RC)



Fuente: Elaboración propia basada en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999)

Identificación del RC principal.

Se ha identificado como RC principal la “hemorragia” puesto que más relación tiene con los demás, vinculándose con el shock hipovolémico y peritonitis.

RC: hemorragia

Definición: “Es la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un periodo de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 ml/minuto y que, por lo tanto, causa la pérdida del 50% del volumen sanguíneo en 20 minutos” (Carrillo et al., 2018).

Justificación del RC principal

Según, Román et al. (2019), la hemorragia es una de las causas principales de shock hipovolémico, además es una de las complicaciones más graves en las pacientes con hemorragia postparto, considerando como la principal causa de muerte materna, de morbilidad y mortalidad fetal.

Shock hipovolémico. De acuerdo con Castiblanco et al. (2022) definen como:

El síndrome que resulta de una perfusión celular inadecuada, para mantener el metabolismo celular y ocurre secundaria a una caída brusca en el volumen sanguíneo circulante. Este concepto actualmente ha sido ampliado y el síndrome no se limita a la respuesta inmediata al déficit del volumen intravascular; se extiende a la respuesta sistémica que ocurre en los tejidos periféricos en respuesta a la isquemia y reperfusión que se caracteriza por una respuesta inflamatoria que se mantiene posterior incluso de la restauración del volumen circulante.

Peritonitis. Según, Benítez et al. (2018), es un “proceso inflamatorio que afecta al peritoneo y es secundario a una infección bacteriana o irritación química. El peritoneo es la membrana serosa que cubre por dentro la pared del abdomen y la mayoría de los órganos situados en su interior. La peritonitis puede ser localizada o generalizada, aguda o crónica. La

causa más frecuente es una infección causada por la perforación de una víscera hueca, por ejemplo apendicitis aguda perforada, perforación gástrica o diverticulitis con perforación”.

De acuerdo con Mesa et al. (2019), la peritonitis es una inflamación de la cavidad peritoneal debida a una infección, traumatismos o irritantes químicos como la bilis, el jugo pancreático o los jugos intestinales.

Para concluir en el embarazo ectópico, la hemorragia es una de las complicaciones más frecuentes y causa significativa de morbilidad y mortalidad. Según De la Torre et al. (2018); la hemorragia es un trastorno caracterizado por la extravasación de sangre del lecho vascular. El sistema hemostático es responsable de prevenir esta pérdida de sangre a través de una interacción precisa entre los componentes de la pared del vaso, las plaquetas circulantes y las proteínas plasmáticas.

Planificación

Planificación del diagnóstico enfermero principal

Después de realizar la valoración y obtener un diagnóstico enfermero, se procede a realizar un plan de seguimiento a la paciente mediante la clasificación de resultados de enfermería (NOC) y clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

(000132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p expresión facial del dolor, conducta expresiva.

Dominio: (0012) confort

Clase: (0001) dolor agudo

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (*International Association for the Study of*

Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses” (Heather & Kamitsuru, 2019, p. 468).

Resultados (NOC) del diagnóstico enfermero principal

La taxonomía NOC responde a los resultados que pretendemos alcanzar en la atención a la paciente en estudio, utiliza códigos de 4 dígitos y en los indicadores 6 dígitos. Para el diagnóstico de enfermería (000132). Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p expresión facial del dolor, conducta expresiva, por lo tanto, le corresponde el siguiente: NOC:

(2102) Nivel de dolor

(1605) Control del dolor

(2008) Estado de comodidad

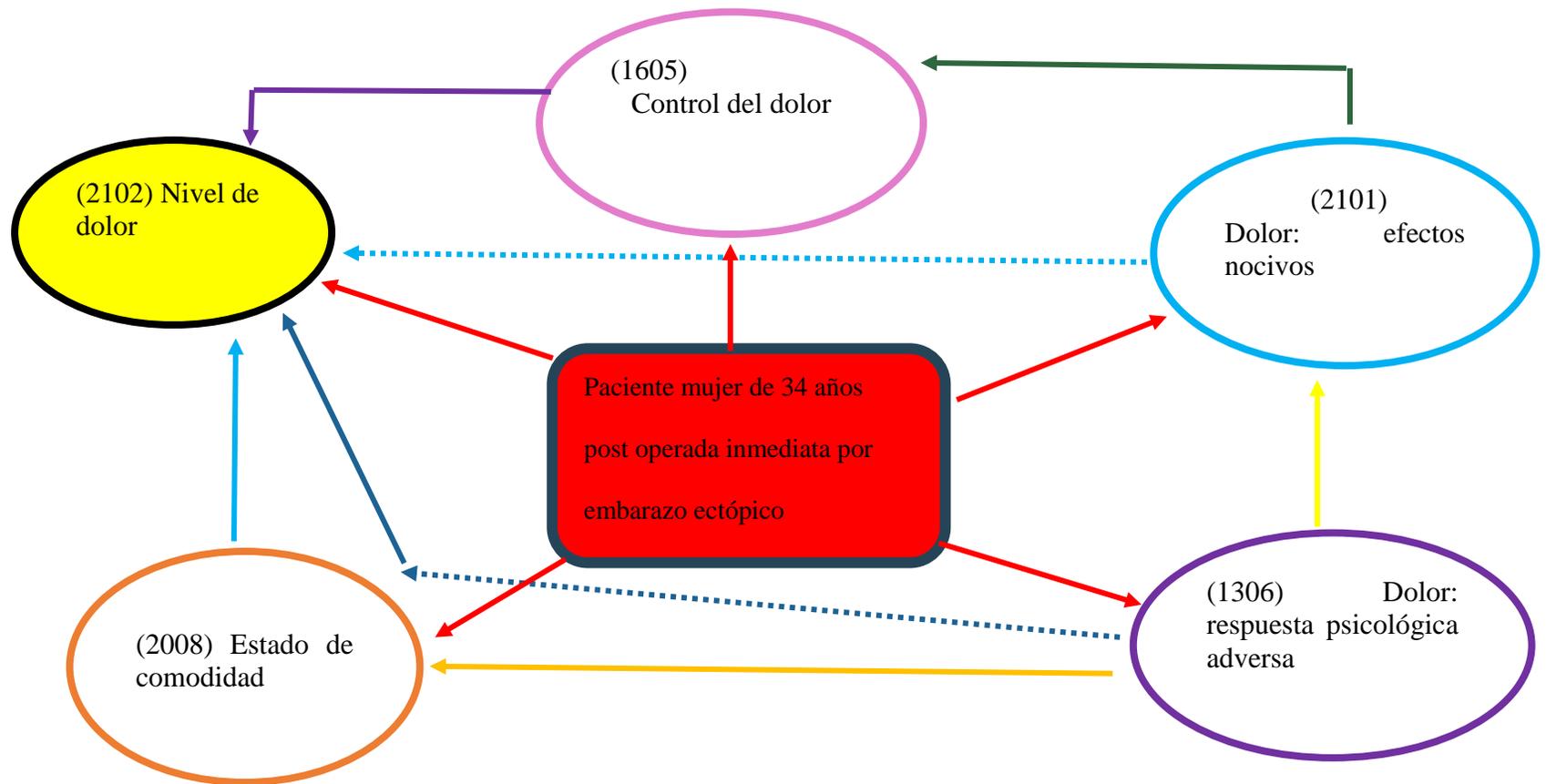
(2101) Dolor: efectos nocivos

(1306) Dolor: respuesta psicológica adversa

Priorización del NOC del diagnóstico enfermero principal

Se realizó el análisis mediante la red de razonamiento crítico para definir el NOC principal. Según se evidencia en la figura 3.

Figura 3 Priorización del NOC del diagnóstico principal mediante la red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA.



Fuente: elaboración basada en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999)

Justificación del NOC principal del diagnóstico principal

Podemos observar que según la red de razonamiento crítico el NOC principal corresponde al más relacionado con los otros NOC:

NOC Priorizado del DxE principal.

(2102) Nivel de dolor

Dominio: 5. Salud percibida

Clase: 5. Sintomatología

Definición: “Intensidad del dolor referido o manifestado” (Moorhead et al., 2018, p. 466).

De acuerdo a Carrillo et al. (2018) define al dolor “ como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial y lo reconoce como un problema de salud mundial”.

Se concluye que el dolor es evaluado de forma subjetiva y a través de escalas del dolor, se hace necesario la observación, pues de esta manera, además de toda la información verbal que la paciente pueda brindar; se realizara el análisis crítico de estos datos para brindar una atención oportuna.

A continuación, se ofrece una visualización más rápida de la planificación elaborada en los apartados de arriba para el plan de cuidados individualizado.

Tabla 2

Puntuación del NOC principal el DxE principal

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(2102) Nivel del dolor	2	5	24 horas

Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.

Fuente: *Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC*

Tabla 3*Puntuación de los indicadores del NOC principal*

INDICADORES	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(210201) Dolor referido	2	5	24 horas
(210204) Duración de los episodios del dolor	2	5	24 horas
(210208) Inquietud	3	5	24 horas
(210206) Expresiones faciales del dolor	2	5	24 horas

Fuente: *Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC*

Intervención (NIC) del diagnóstico enfermero principal.

Para obtener el resultado priorizado se utilizó la taxonomía Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

(1410) Manejo del dolor: agudo

Campo: 1 Fisiológico: básico

Clase: E. Fomento de la comodidad física.

Definición: “Alivio o reducción de dolor a un nivel aceptable para el paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión” (Butcher et al., 2018, p.306).

Actividades:

(141001) Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian o agudizan.

(141002) Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p.ej. tos y respiración profunda deambulación, transferencia a una silla).

(141003) Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación

(141004) Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

(141005) Usar analgésicos combinados (p.ej. opiáceos mas no opiáceos), si el nivel de dolor es intenso.

(2300) Administración de medicación.

Campo: 2. Fisiológico: complejo.

Clase: H. Control de fármacos.

Definición: “Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación” (Butcher et al., 2018, p.55).

Actividades:

(230001) Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.

(230002) Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.

(230003) Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia.

(230004) Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación.

(230005) Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro.

(5820) Disminución de la ansiedad

Campo: 3. Conductual

Clase: T. Fomento de la comodidad psicológica

Definición: “Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto” (Butcher et al., 2018, p.163).

Actividades:

(582001) Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

(582002) Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

(582003) Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

(582004) Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.

(582005) Escuchar con atención.

Planificación del riesgo de complicación principal (RCP) hemorragia NOC.

Para determinar los cambios en el estado la paciente se utilizó el clasificador de resultados en salud, a través de objetivos NOC (Moorhead et al., 2018), y para mejorar la calidad de vida de la paciente se hizo uso de las intervenciones NIC (Butcher et al., 2018) cómo se ha visto anteriormente el riesgo de complicación es RC hemorragia.

Resultados NOC del RC principal.

La taxonomía NOC responde a los resultados deseamos conseguir en la paciente, utiliza código de 4 dígitos y en los indicadores 6 dígitos. Para el RC hemorragia le corresponde los siguientes NOC:

(0413) severidad de la pérdida de sangre

(1813) conocimiento: régimen terapéutico

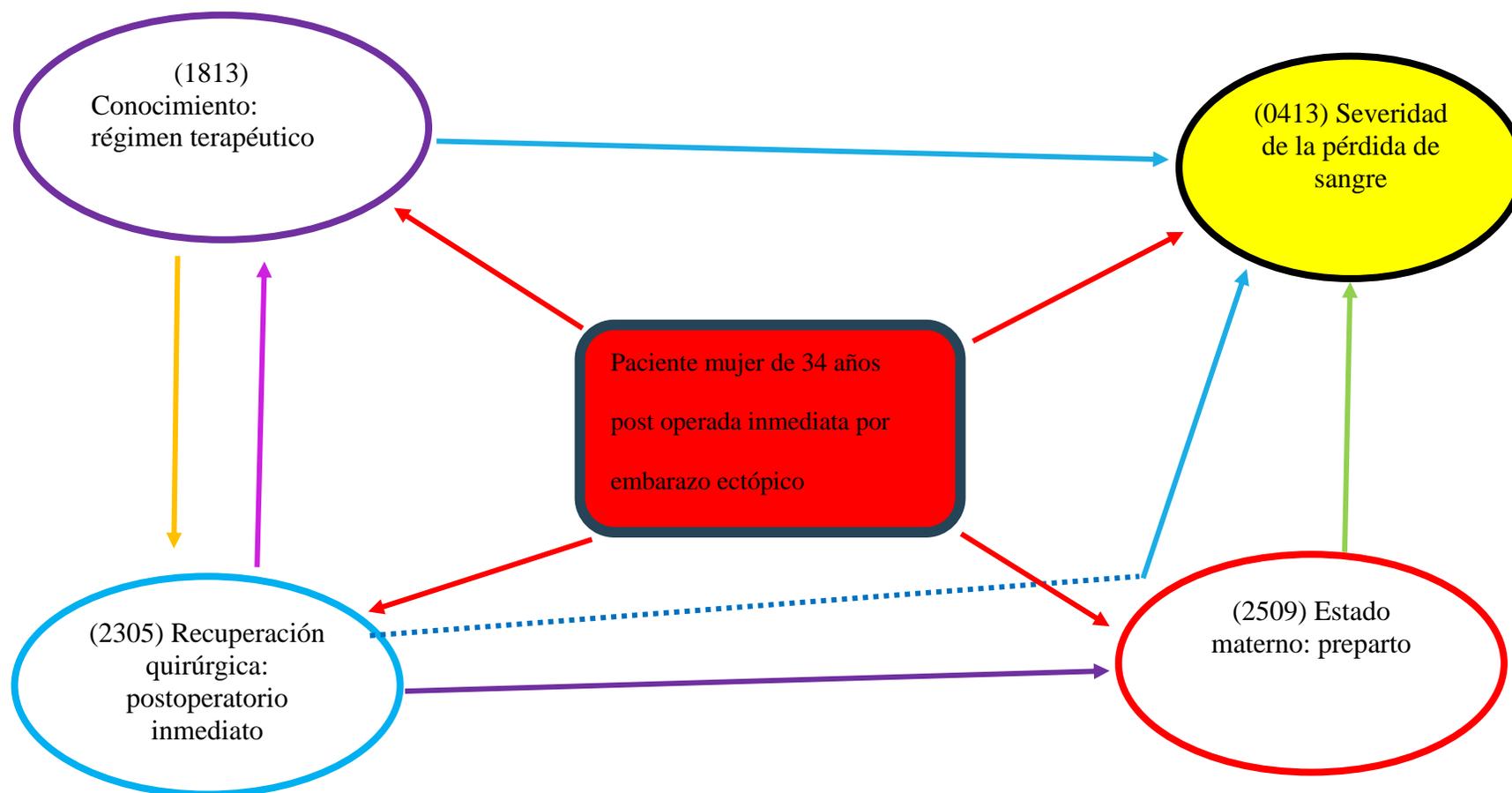
(2509) estado materno: parto

(2305) recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato

Se realizó el análisis en la red de razonamiento crítico, para definir el NOC principal.

Según se evidencia en la figura N° 4

Figura 4 Priorización del NOC del RC Principal mediante Red de Razonamiento crítico basado en el modelo AREA



Fuente: Elaboración basada en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999)

Justificación del NOC principal del RC principal.

Se ha identificado como RC principal la hemorragia que es la “pérdida de todo el volumen sanguíneo en un periodo de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 ml/minuto y que, por lo tanto, causa la pérdida del 50% del volumen sanguíneo en 20 minutos” (Carrillo et al., 2018). Siendo este una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y causa significativa de morbilidad y mortalidad.

Se concluye que las hemorragias maternas son emergencias que deben ser atendidas de forma oportuna e inmediata, consideradas como prioridad en la atención materno perinatal, ya que pueden producir la pérdida de una vida incluso hasta en 2 horas y es causa principal de muerte materna en el Perú.

A continuación, presentamos el NOC priorizado del RC hemorragia

(0413) Severidad de la pérdida de sangre

Dominio: 2. Salud fisiológica

Clase: E. Cardiopulmonar

Definición: “Gravedad de los signos y síntomas de hemorragia interna o externa” (Moorhead et al., 2018, p. 564).

Tabla 4

Puntuación de los indicadores del NOC del RC principal. Escala Likert

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(0413) Severidad de la Pérdida de sangre	4	5	24 horas

Escala Likert: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Normal.

Fuente: Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC

Tabla 5*Puntuación del NOC e indicadores del RC principal*

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(041307) Sangrado vaginal	4	5	24 horas
(041313) Palidez de piel y mucosas.	4	5	24 horas
(041316) Disminución de hemoglobina.	4	5	24 horas
(041311) Aumento de frecuencia cardiaca apical.	4	5	24 horas

Fuente: *Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC*

Finalmente, con el plan de cuidados se dará continuidad a las intervenciones.

Intervención (NIC) del RC principal

Para obtener el resultado priorizado se utilizó la taxonomía; clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

(4020) Disminución de la hemorragia

Campo: 2. Fisiológico completo.

Clase: N. Control de la perfusión tisular.

Definición: “Limitación de la pérdida de volumen sanguíneo durante un episodio de hemorragia” (Butcher et al., 2018, p. 165).

Actividades:

(402001) Identificar la causa de hemorragia.

(402002) Registrar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.

(402003) Mantener un acceso I. V. permeable.

(402004) Administrar hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), si está indicado.

(402005) Monitorizar signos y síntomas de la hemorragia persistente (es decir, comprobar todas las secreciones en busca de sangre evidente u oculta).

(6680) Monitorización de signos vitales.

Campo: 4. Seguridad.

Clase: V. Control de riesgos.

Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones (Butcher et al., 2018, p. 341).

Actividades:

(668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.

(668002) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.

(668003) Monitorizar la presión arterial mientras el paciente este acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.

(668004) Monitorizar si hay cianosis central y periférica

(668005) Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de datos del paciente.

(4260) Prevención del shock.

Campo: 2. Fisiológico: complejo. Clase: N. control de la perfusión tisular.

Definición: Detección y tratamiento de un paciente con riesgo de shock inminente (Butcher et al., 2018, p. 381).

Actividades:

(426001) Comprobar las respuestas precoces de compensación de shock (p.ej., presión arterial normal, pinzamiento de la tensión diferencial, hipotensión ortostática leve de 15 a 25mm Hg, relleno capilar ligeramente retrasado, piel pálida/ fría o piel enrojecida, ligera taquipnea, náuseas y vómitos, sed aumentada o debilidad).

(426002) Comprobar el estado circulatorio: presión arterial, color y temperatura de la piel, ruidos cardiacos, frecuencia y ritmo cardiaco; presencia y calidad de pulso periféricos y relleno capilar.

(426003) Analizar la orina para ver la presencia de sangre y proteínas según corresponda.

(426004) Canalizar y mantener una vía I.V. de calibre grande, según corresponda.

(426005) Administrar líquidos I.V. mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis según corresponda.

Finalmente observamos que los patrones que estuvieron alterados fueron la percepción, el manejo de la salud, nutricional - metabólico, eliminación, actividad – ejercicio; asimismo, cognitivo- perceptual, autopercepción – autoconcepto, sexualidad- reproducción, adaptación – tolerancia al estrés; después de la administración oportuna y eficaz de las intervenciones de enfermería se evidenció la mejoría notable en un lapso de 48 horas que permitió a la paciente retornar a sus actividades cotidianas con normalidad.

Ejecución

Para aplicar las intervenciones y actividades de enfermería, el tiempo previsto para los cuidados fue de 48 horas organizado en 3 turnos de 6, 6 y 12 cada 24 horas respectivamente; se utilizó el libro de Intervenciones de enfermería (NIC).

Tabla 6*Cronograma de intervenciones/actividades de enfermería embarazo ectópico complicado*

Fecha	Intervenciones / actividades	Turnos		
		M	T	N
04/04/2021	(1410) Manejo del dolor: agudo			
	Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian o agudizan.	7 am	1pm	7pm
	Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p.ej. tos y respiración profunda deambulación, transferencia a una silla).	7am	1pm	7pm
	Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.	7am	1pm	7pm
	Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.			
	Usar analgésicos combinados (p.ej. opiáceos mas no opiáceos), si el nivel de dolor es intenso.	7am	1pm	7pm
	(6680) Monitorización de los signos vitales			
	Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.	7 am	2 pm	10 pm
	Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.			
	Monitorizar la presión arterial mientras el paciente este acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.	7 am	2pm	10 pm
Monitorizar si hay cianosis central y periférica				
Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de datos del paciente.	6 am	2 pm	10 pm	
(2300) Administración de medicación				
Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.	6 am	2 pm	10 pm	
Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.				
Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia.				
Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación.				
Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación),	8 am	2 pm	10 pm	

de acuerdo con el protocolo del centro.			
(5820) Disminución de la ansiedad			
Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.			
Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.	8 am	2 pm	10 pm
Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.			
Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.		1 pm	
Escuchar con atención.			
(4020) Disminución de la hemorragia	7 am	1 pm	7 pm
Identificar la causa de hemorragia.			
Registrar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.			7 pm
Mantener un acceso I. V. permeable.		1 pm	
Administrar hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), si está indicado.	7 am		
Monitorizar signos y síntomas de la hemorragia persistente (es decir, comprobar todas las secreciones en busca de sangre evidente u oculta).		1 pm	7 pm
(4260) Prevención del shock			
Comprobar las respuestas precoces de compensación de shock (p.ej., presión arterial normal, pinzamiento de la tensión diferencial, hipotensión ortostática leve de 15 a 25mmHg, relleno capilar ligeramente retrasado, piel pálida/ fría o piel enrojecida, ligera taquipnea, náuseas y vómitos, sed aumentada o debilidad).	7 am		7 pm
Comprobar el estado circulatorio: presión arterial, color y temperatura de la piel, ruidos cardiacos, frecuencia y ritmo cardiaco, presencia y calidad de pulso periféricos y relleno capilar.			
Analizar la orina para ver la presencia de sangre y proteínas según corresponda.			
analizar y mantener una vía I.V. de calibre grande, según corresponda.	7 am		
Administrar líquidos I.V. mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda.			

Fuente: Elaborado a las actividades propuestas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (Butcher et al., 2020)

Evaluación

Se estableció un periodo de seguimiento de 48 horas. Se observó el progreso de la paciente (evolución favorable del embarazo ectópico complicado, mejoramiento del dolor agudo

y disminución de riesgo de hemorragia) y se determinó que el plan de cuidado fue efectivo respecto a los resultados planificados.

Evaluación del resultado del diagnóstico principal

Tabla 7

Puntuación del NOC principal del diagnóstico principal

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
Nivel del dolor	2	5	5	24 horas

Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.

Fuente: *Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC*

Tabla 8

Puntuación de los indicadores del diagnóstico principal

INDICADORES		Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(210201)	Dolor referido	2	5	5	24 horas
(210204)	Duración de los episodios del dolor	2	5	5	24 horas
(041316)	Disminución de Hemoglobina.	3	5	5	24 horas
(210206)	Expresiones faciales del dolor	2	5	5	24 horas

Fuente: elaboración propia basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC

Analizando los resultados obtenidos.

Como podemos comprobar hemos logrado la puntuación diana propuesta, siendo esta en el inicio una puntuación de 2, y tras un periodo de 24 horas, una puntuación de 5. Hemos logrado por tanto el alivio total del dolor en nuestra paciente.

En relación al **(210201) dolor referido**, podemos afirmar que nuestra paciente comenzó con una puntuación de 2, subiendo del quirófano, trasladada a la REA y finalmente a la planta de

maternal muy dolorida ya que no solo le dolía la incisión y alrededores si no que estaba muy incómoda con cualquier tipo de movimiento.

Respecto a **(210204) duración de los episodios del dolor**, podemos decir lo mismo que lo anterior, hemos alcanzado exitosamente la puntuación propuesta en un plazo de 48 horas, ya que reduciendo el nivel del dolor y el dolor referido se ha disminuido también la duración de esos episodios del dolor.

En lo referente a **(210208) inquietud** provocada por el dolor agudo que tenía, hemos logrado, también, una puntuación de 5, a través de las distintas intervenciones realizadas para eliminar el dolor. Igualmente, hemos ido resolviendo todas las dudas que le surgían a nuestra paciente; así como, también, se le ha proporcionado información y aconsejado sobre su estado, haciendo así desaparecer esa inquietud.

Por último, en referencia a **(210206) expresiones faciales del dolor**, igual que los anteriores hemos conseguido que nuestra paciente alcance la máxima puntuación de 5, como hemos comentado antes reduciendo el nivel del dolor, así como también su duración y la inquietud que presentaba, hemos conseguido cambiar la expresión facial siendo ésta última, una expresión facial positiva al final de los cuidados.

Se observa que el principal problema que presentaba la paciente era el dolor agudo en la zona de incisión siendo este un 8 sobre 10 en la escala numérica del dolor. Por lo que presentaba un nivel del dolor bastante alto acompañado de una duración de los episodios del dolor, lo que le provocaba inquietud e incomodidad, además de que la paciente nos refería ese dolor, nosotros, los enfermeros, también podíamos corroborarlo, ya que podíamos observar sus expresiones faciales del dolor. Tras realizarle todo el conjunto de intervenciones como es el apoyo a nuestra paciente, la administración de analgésicos entre otras, hemos de decir que nuestra paciente se va

de alta del hospital con un dolor de 0 en la escala numérica del dolor. Cabe destacar que se ha conseguido, también que, tanto el NOC como sus indicadores han alcanzado una puntuación de 5; por lo que, a partir de las intervenciones propuestas y realizadas conseguimos el objetivo de hacer desaparecer por completo el dolor de nuestra paciente.

Evaluación del resultado del riesgo de complicación principal

La evaluación se realizó en relación a la comparación del estado inicial de la paciente y la efectividad de las acciones dirigidas a atender los problemas reales y potenciales.

Tabla 9

Puntuación del NOC del RC principal

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(0413) Severidad de la pérdida de sangre	4	5	5	24 horas

Escala Likert: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Normal.

Fuente: *Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC*

Tabla 10

Puntuación de los indicadores del riesgo de complicación principal

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(041307) sangrado vaginal	4	5	5	24 horas
(041313) palidez de piel y mucosas	4	5	4	24 horas
(041316) disminución de hemoglobina	4	5	4	24 horas
(041311) aumento de frecuencia cardiaca apical.	4	5	5	24 horas

Fuente: *Elaboración propia basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC*

Analizando los resultados obtenidos

Como podemos observar en la tabla 6 la puntuación diana propuesta fue de 5, siendo esta al inicio una puntuación de 4; en el transcurso de un periodo de 24 horas se logró alcanzar una puntuación de 5. Por lo tanto, con los cuidados brindados y el tratamiento indicado se logra controlar la hemorragia en la paciente.

En relación con **(041307) sangrado vaginal** tuvo una puntuación inicial de 4, siendo la puntuación propuesta 5; se identificó la causa de hemorragia y se registró el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, llegando a una puntuación alcanzada de 5.

Respecto a **(041313) palidez de piel y mucosas.**, tiene una puntuación inicial de 4, ya que la paciente aun continua con palidez, llegó a una puntuación alcanzada de 4. No alcanzando a la puntuación propuesta de 5.

En relación a **(041316) disminución de hemoglobina**, tiene una puntuación inicial de 3; ya que la paciente continua con una hemoglobina de 7.8. Se monitorizó signos y síntomas de la hemorragia persistente (es decir, comprobar todas las secreciones en busca de sangre evidente u oculta llegó a una puntuación alcanzada de 4.

Finalmente, **(041311) aumento de frecuencia cardiaca apical**, se observó las tendencias y fluctuaciones de la frecuencia cardiaca. Tuvo una puntuación inicial de 4 y una puntuación alcanzada de 5.

Discusión

La paciente del presente estudio ingresó al servicio de Ginecología luego de ser atendida en la Unidad de Recuperación Posanestésica. Presento dolor agudo como consecuencia de haber sido operada de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado, y RC de

hemorragia como consecuencia de lo mencionado, en la que se encuentra su estado clínico de base.

Tras la revisión bibliográfica se ha obtenido numerosos estudios que muestran el papel fundamental que tiene enfermería con sus cuidados integrales y de calidad para ayudar a pacientes con este diagnóstico como menciona Matos et al., (2018). Las complicaciones del embarazo como es el caso del embarazo ectópico, cuando este estalla o se rompe la hemorragia, puede ser grave e incluso potencialmente mortal para la vida de la mujer; cuanto más tarda la estructura en romperse, mas es la pérdida de sangre y mayor el riesgo de muerte. Por tal motivo realizar un buen plan de cuidados nos confiere autonomía para recopilar información y ejecutar una serie de actividades que fortalezcan las debilidades o malestares en los diferentes niveles: físicos, emocionales, espirituales y sociales.

En efecto, la implementación del plan de cuidados de enfermería como fundamento y abordaje dinámico y sistemático del cuidado permite la aplicación de diversas teorías centradas en el paciente. Su aplicación requiere que los enfermeros demuestren habilidades teóricas, prácticas y personales, que les permitan evaluar situaciones específicas, determinar diagnósticos de enfermería, planificar acciones relacionadas, implementarlas y evaluar con ellas los resultados obtenidos (Moltó, 2022).

El PAE implica interacción entre la enfermera y el paciente para que entre ambos puedan identificar necesidades insatisfechas para éste y si es del caso, planear conjuntamente las acciones, amén de buscar estrategias para el afrontamiento (Mejía, 2018).

El RC de hemorragia es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo y una causa significativa de morbilidad y mortalidad materno fetal. En este sentido las acciones de enfermería juegan un rol muy importante y están dirigidas a la prevención y evitar que este

problema se instale. Como señala Murillo (2020); el embarazo puede implicar riesgos importantes para la mujer. Las complicaciones propias de la gestación pueden derivar en graves secuelas o incluso la muerte de la madre y/o feto trayendo consecuencias catastróficas para su entorno familiar y la sociedad en general. Cada día mueren en el mundo un promedio 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. De estas muertes el 99% ocurren en países en vías de desarrollo y la mayoría de ellas en zonas rurales.

Si bien es cierto las enfermeras en la práctica diaria realizan un gran número de actividades: recogen información de los pacientes, valoran sus problemas y la alteración de sus necesidades, establecen objetivos, planifican cuidados, realizan las intervenciones que responden a los objetivos y a la planificación de los cuidados, aplican tratamientos y, finalmente, evalúan la respuesta del paciente a las intervenciones de Enfermería y su evolución hacia la consecución de los objetivos establecidos y en todo este proceso se producen múltiples interacciones de sentimientos y de emociones (Murillo, 2020).

Existen una serie de habilidades que el personal de enfermería en su diario quehacer le resultan imprescindibles: el autocontrol, el entusiasmo, la automotivación, la empatía, etc.; la presencia de las mismas facilita alinear recursos anímicos que propician mayor habilidad en la resolución de problemas, en fomentar relaciones interpersonales armoniosas, aumentando así habilidades sociales, lo que ayuda a potenciar el rendimiento laboral y generar defensas para la reacción positiva a la tensión y al stress (Moltó, 2022).

Frente a opiniones anteriores, son reafirmadas por teóricas de enfermería como Jean Watson, quien ha sugerido: el objetivo de los cuidados de enfermería es permitir que las personas alcancen un grado de satisfacción más armonía entre mente, cuerpo y alma, lo que crea una proceso de autoconciencia, autorrespeto, autocuración y autocuidado. Watson argumenta que

este objetivo se logra a través del proceso de soporte de persona a persona y las transacciones generadas por este proceso (Riegel et al., 2018).

Evidentemente, la inteligencia teórica y emocional de Jean Watson: filosofía y ciencia de apoyo aplicada por los enfermeros al arte de cuidar constituye una estrategia en la que la investigación puede apoyar la práctica, beneficiar a la industria y a las personas en general, apoyar la experiencia clínica de los profesionales individuales y posibilitar una mejor toma de decisiones sobre las acciones profesionales (Riegel et al., 2018).

En conclusión, la importancia de realizar una excelente valoración de enfermería permitirá evitar riesgos de complicación y por ende alguna secuela que podría ser en algunos casos daño irreversible en la paciente. Los cuidados de enfermería son vitales con conocimiento científico para la evolución favorable de una paciente, brindándole cuidados diarios y viendo a la persona de una manera holística, logran mejorar la situación de salud e incorporarse a su familia y sociedad.

Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo del estudio fueron las siguientes:

Limitación en el tiempo para hacer el seguimiento del caso en estudio ya que la gravedad de la situación en la que se encuentra la paciente y las consecuencias que conlleva; éstas requieren de mayor tiempo para la mejoría que se ha obtenido tras las acciones llevadas a cabo. Por ello, continuará con un plan de cuidados de enfermería a largo plazo.

La inaccesibilidad para recabar información de la misma paciente, ubicarla fue una limitante en hacer el seguimiento del caso y si solo lo empleamos el tiempo que estuvo hospitalizada.

La limitación de autorización para ingreso de familiar.

Al aplicar la atención de enfermería tuvimos la limitante de encontrar los diagnósticos y las intervenciones adecuadas para la patología de la paciente debido a que en el NOC no se ubica el diagnóstico de embarazo ectópico. Se necesita de una atención integral con calidad y calidez en forma holística, individualizada, jerarquizada y continua para lograr su pronta recuperación e integración a la sociedad.

Conclusiones

Se hace necesario el empoderamiento en el manejo de los cuidados de enfermería en los eventos obstétricos como es el caso del embarazo ectópico, esto permitirá al profesional de enfermería administrar los cuidados de forma oportuna y asertiva.

Se hace apremiante que el profesional de enfermería conozca a profundidad sobre las causas y factores de riesgo del embarazo ectópico a fin de prevenir que estas se presenten; también, se resalta el manejo en el tratamiento que le permita actuar con prontitud para evitar complicaciones.

La hemorragia es un riesgo de complicación del embarazo ectópico que podría provocar shock hipovolémico durante el proceso incluso llevar a la muerte. Esto amerita el compromiso del profesional de enfermería especialista en gineco obstetricia para el uso de las medidas preventivas de hemorragia a fin de evitar que estas se presenten o revertir el caso si es problema está instalado que impactara en la salud de la madre y el feto.

Se considera de vital importancia el rol de enfermería en la atención del dolor en los casos de embarazo ectópico, donde se resaltan el tratamiento farmacológico y no farmacológico que el profesional administra en sus cuidados a fin de mitigar la intensidad del dolor y favorecer el bienestar de la paciente.

Finalmente, se resalta que el profesional de enfermería debe conocer y aplicar el proceso de atención de enfermería como herramienta fundamental de los cuidados que administra, haciendo uso del lenguaje estandarizado a través de la interrelación de la taxonomía NANDA internacional, NOC, NIC y el uso de problemas de colaboración de Lynda Juall Carpenito.

Referencias bibliográficas

- Benítez, E., Galli, V., Jara, J., Miranda, A., Morel, J., Olazar, L., Ricart, V., Ruiz-díaz, O., Zárate, K., Marecos, C., Sánchez, M. L., & Rojas, R. (2018). Complicaciones y mortalidad por peritonitis: un estudio transversal. *Medicina Clínica y Social*, 2(1), 6–12.
- Bertin, F., Montecinos, M., Torres, P., & Pinto, P. (2019). Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 84(1), 55–63. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000100055>
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7th ed.). Elsevier.
- Carpenito, L. (2017). *Manual de diagnósticos enfermeros* (15th ed.). Wolters Kluwer.
- Carrillo, R., De La Torre, T., Nava, J. A., Posada, A., Pérez, Á. A., De La Torre, M. A., Cabello, R., & López, M. del R. (2018). Consenso multidisciplinario para el manejo de la hemorragia obstétrica en el perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(3), 155–182. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma183b.pdf>
- Castiblanco, R. A., Coronado, C. M., Morales, L. V., Polo, T. V., & Saavedra, A. J. (2022). Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista Cuidarte*, 13(1), 1–18. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2075>
- De la Torre, T., Nava, J. A., Carrillo, R., Hernández, J. L., de la Torre, M. A., Miranda, A., González, J. L., Pozos, R. I., Lara, Y. I., & Ramírez, J. A. P. (2018). Refrigerador de la hemorragia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(1), 39–44.
- Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología. (2020). *Medicina reproductiva en la consulta ginecológica* (1st ed.). Altavoz Editores. https://iddeasmkt.com/flasog/wp-content/uploads/2020/12/Medicina_Reproductiva_FLASOG.pdf#page=81
- Fernández, L., Peñalvo, J. L., Gálvez, D. M., Rodríguez, A., & Morejón, A. F. (2021). Estudio de la carga de mortalidad materna por causas directas. Cuba, 2005-2018. *Medisur*, 19(4), 612–623. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v18n6/1727-897X-ms-18-06-1179.pdf>

Ferrandiz, M. (2018). *Fisiopatología del dolor*.

<https://www.rua.unam.mx/portal/recursos/ficha/80152/fisiopatologia-del-dolor>

Galíndez, M., Caffettaro, L., & Schuster, A. (2019). El lenguaje no verbal en la comunicación didáctica.

Revista Electrónica Iberoamericana de Educación En Ciencias y Tecnología, 18, 73–80.

García, I., Silvera, F., & Calás, A. (2020). *Hemorragia uterina anormal. Diagnósticos clínicos, ecográficos e histopatológicos*.

García, J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia En México*, 29(1), 77–85.

Glenn, T., Bembry, J., Findley, A., Yaklic, J., Bhagavath, B., Gagneux, P., & Lindheim, S. (2018).

Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Current Management Strategies. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 73(5), 293–302. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29850919/>

Guevara, E., Sánchez, A., Luna, A., Ayala, F., Mascaro, P., Carranza, C., & Meza, L. (2018). *Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología (2°)*. Gráfica Delvi SRL.

<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias de Practica Clinica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatologia del 2018.pdf>

Heather, T., & Kamitsuru, S. (2019). *Diagnósticos enfermeros definición y clasificación 2018-2020* (11th ed.). Elsevier.

León, X., Santa Cruz, J., Martínez, S., & Ibatá, L. (2019). Aclaraciones sobre el artículo

“Recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo del dolor neuropático (revisión de la literatura).” *Revista de La Sociedad Espanola Del Dolor*, 26(2), 134–135.

<https://doi.org/10.20986/resed.2019.3723/2019>

Liang, H., Sandoval, J., Hernández, A., & Vargas, J. (2018). Embarazo ectópico: revisión con enfoque en el manejo médico. *Revista Clínica HSJD*, 8(1), 28–36.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>

Martín, E., Baltá, R., & Salvador, Z. (2020). *Obstrucción de trompas de Falopio: causas, diagnóstico y tratamiento*. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/obstruccion-de-trompas-de-falopio/>

- Matos, H., Rodríguez, O., Estrada, G., Martínez, M., Saap, A., Osorio, M., Beltrán, J., & Denis, E. (2018). Caracterización de embarazo ectópico. *Revista Información Científica*, 97(6), 1100–1110. <http://www.revinfoinformatica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2174/3937>
- Mejía, J. H. (2018). *Beneficios del uso de metotrexato vs. del tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico no complicado en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los años 2014-2015* [Universidad Ricardo Palma]. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1285/192-JMEJÍA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mesa, O., Ferrer, H., & Mora, R. (2019). Morbilidad y mortalidad por peritonitis secundaria en el servicio de cirugía. *Revista Cubana de Cirugía*, 58(2), 1–13. <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v58n2/1561-2945-cir-58-02-e794.pdf>
- Moltó, B. (2022). Proceso de atención de enfermería en un paciente con embarazo ectópico ovárico. Caso clínico. *Revista Electrónica de Portales Médicos.Com*, 17(7), 279. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-un-paciente-con-embarazo-ectopico-ovarico-caso-clinico/>
- Monleón, M. (2018). *Intervención enfermera en dolor rónico* [Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/46330/1/T39560.pdf>
- Montiel, D. A., Castillo, Á. A., & González, L. D. (2021). *El dolor desde la perspectiva del estudiante de medicina : una revisión del concepto , fisiopatología , clasificación , taxonomía y herramientas para su medición*. 23(3), 157–162. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2021/amf213i.pdf>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud* (6th ed.). Elsevier.
- Murga, A., Izaguirre, H., Carpio, L., Orihuela, R., & Quispe, J. (2020). *Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología*. <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
- Murillo, M. (2020). *Abordaje enfermero del embarazo ectópico*. Universidad Católica de Murcia.
- Pereda, T., Chavez, M., & Torres, M. (2018). *Intervención de enfermería para manejo del dolor desde la*

- percepción del paciente pos operado de cirugía cardíaca* [Universidad Peruana Cayetano Heredia].
<http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/4331>
- Pérez, V. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 27(4), 232–233.
<https://doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
- Quispe, R. (2019). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho periodo septiembre 2017 - septiembre 2018* [Universidad Nacional del Altiplano].
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11076/Quispe_Vargas_Rosa_Senaida.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramos, A., Guajardo, J., Chejne, F., Juárez, Á., & Ayón, H. (2018). Mecanismos para prevenir dolor agudo a crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(1), 44–47.
<http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx>
- Riegel, F., Oliveira, M. da G., & Silveira, D. (2018). Contribuições da teoria de Jean Watson ao pensamento crítico holístico do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2193–2197.
http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2072.pdf
- Rivera, C., Pomés, C., Díaz, V., Espinoza, P., & Zamboni, M. (2020). Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología Obstet Ginecol*, 85(6), 697–708. <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v84n1/0717-7526-rchog-84-01-0055.pdf>
- Rivera, S., Chacón, C., & Gonzáles, A. (2020). Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Revista Medica Sinergia*, 5(6), e512. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i6.512>
- Rodríguez, A., Domínguez, A., Sánchez, A., Barcia, A., & Vilares, A. (2019). *Minipíldoras de consulta rápida: manual para residentes y médicos de familia*. (1st ed.). Medgen S.A.
https://www.semg.es/archivos/ebook_minipildoras_semg.pdf#page=796
- Rojas, L., Rojas, L., Villagómez, M., Rojas, A., & Rojas, A. (2019). Hemorragia posparto: nuevas evidencias. *La Ciencia Al Servicio de La Salud y La Nutrición*, 10(1), 98–108.

<http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/182>

Román, J., Oyola, A., & Quispe, M. (2019). Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(1), 1–12.

Salcedo, H. (2018). *Factores epidemiológicos y su incidencia asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” julio 2013 – junio 2017* [Universidad Nacional Federico Villareal].

<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2418>

Salinas, V., Cadena, G., Tubón, J., & Solís, M. (2020). Factores de riesgo en el embarazo ectópico cornual. *Mediciencias UTA*, 4(2), 67–73.

<https://medicienciasuta.uta.edu.ec/index.php/MedicienciasUTA>

Sornoza, R., Ordóñez, M., Velásquez, N., & Espinoza, M. (2022). Hemorragias Obstétricas. *RECIAMUC*, 6(2), 287–295. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.287-295](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.287-295)

Vásquez, M., Vargas, I., Gallegos, M., Capelo, T., Manosalvas, K., & Peña, E. (2018). El gran simulador de la ginecología. Aspectos de interés sobre el embarazo ectópico. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3(1), 71–76.

Zapata, M. (2017). *Embarazo ectópico en primigestas atendidas en emergencia obstétrica del hospital Alemán Nicaragüense en el período de Junio 2013 a junio 2016* [Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. <https://repositorio.unan.edu.ni/4532/1/96681.pdf>

Apéndice A: Marco de valoración

Valoración de enfermería al ingreso

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA - PACIENTE GINECO-OBSTETRICA

DATOS DE FILIACIÓN	DATOS DE HOSPITALIZACIÓN
Nombre del usuario: _____ Dirección: _____ Edad: _____ Religión: _____ Grado de instrucción: _____ Ocupación: _____ Fuente de Información: paciente () familiar/amigo () Otro: _____	HCL: _____ Cuenta: _____ Seguro: _____ Procedencia: Consultorio externo () Emergencia () SOP () Referida de: _____ Forma de llegada: caminando () camilla () silla de ruedas () Motivo de ingreso: _____ Dx. Médico: _____ Fecha de valoración: _____

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN/CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: HTA () DM () Abortos () Gastritis/úlceras () TBC () Asma () VIH () VDRL () Otros _____ Cirugías: no () sí () _____ Alergias y otras reacciones: Fármacos: _____ Alimentos: _____ Signos-síntomas: _____ Otros _____ Factores de riesgo: Consumo: tabaco no () sí () alcohol no () sí () drogas no () sí () Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis _____ Estado de higiene buena () regular () mala () ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? _____ Donde acude cuando se enferma: _____ Qué necesita usted saber sobre su enfermedad? _____	Formula Obstétrica: G P ___ EG: N° CPN: FUR: FPP: Mamas: sensibles () no sensible () blanda () duras () secretantes () no secretantes () masa dura () abceso () curación () vendaje () Pezones: formados () planos () invertidos () agrietados () Útero: grávido () no grávido () contraído () no contraído () Altura uterina: _____ Dinámica uterina: Frec: _____ Tono: _____ Intensidad: _____ Genitales: normal () edema () hematoma () otros: _____ Secreción vaginal: blanco () amarillo () verde () maloliente () volumen sangrado vaginal: M: _____ T: _____ N: _____ Tapón vaginal: sí () no () N° de gasas: _____ Pérdida líquido amniótico: _____ cant: _____ color: _____ olor: _____ Loquios: _____ cant: _____ color: _____ olor: _____ Movimientos Fetales: sí () no () LCF: _____ Observación: _____
SEGURIDAD PROTECCIÓN/ LESIÓN FÍSICA Herida: Ubicación: _____ Protegida con apósito: limpios () secos () manchados () húmedos () Sin signos de flogosis () con signos de flogosis () con bordes equimóticos () equimóticos () Con dren: tubular () laminar () Infectada: No () Sí ()	PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ T: _____ °C Glucosa: _____ Hb: _____ AGA: _____ Piel y mucosa: sonrosado () pálida () cianótica () ictericia () tibia () caliente () fría () Hidratada () deshidratada () seca () turgente () edematosa () hemorragia () calambre () diaforesis () sobrehidratación () sed () sudoración () Integridad: intacta () lesiones () Observación: _____ Nutrición: ingesta líquidos: _____ 24 hr / alimentos: _____ 24 hr Vía de administración: oral () enteral () SNG () ostomía () parenteral () periférico () Apetito: normal () disminuido () aumentado () tipo de dieta: _____ Cavidad bucal: dentadura: completa () incompleta () prótesis () dificultad para deglutir: sí () no () náuseas () pirosis () vómitos () Estado de higiene bucal: mala () regular () buena () Cambio de peso durante los últimos días: sí () no () obesidad: () bajo peso: () especificar: _____ Abdomen: blando () depresible () distendido () timpánico () globuloso () doloroso ()
PATRÓN DE RELACIONES – ROL Ocupación: _____ Estado civil: soltera () casada () conviviente () divorciada () ¿Con quién vive? Sola () Con su familia () Otros _____ Fuentes de apoyo: familia () amigos () otros _____ Conflicto/violencia familiar: sí () no () Intento/suicidio sí () no () cuando: _____	PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS Estado emocional: Tranquila () ansiosa () Negativa () Temerosa () Irritable () Indiferente () Depresiva () Preocupaciones principales/comentarios: _____ _____
PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO ACTIVIDAD RESPIRATORIA FR: _____ Respiración: superficial () profunda () Disnea: en reposo () al ejercicio () Se cansa con facilidad: No () Sí () Tos: seca () productiva () expectoración: Reflejo de la tos: Presente () Ausente () Disminuido () Secreciones: No () Sí () características: _____ O2: no () sí () Modo: _____ l/min _____ ACTIVIDAD CIRCULATORIA Pulso periférico: _____ P°A°: _____ sin _____	

alteración: _____
 hipotensión() hipertensión() taquicardia() bradicardia() extremidades frías()
 entumecimiento() sensibilidad de miembros() arritmias() dolor precordial()
 marcapaso()

Edema: no sí Localización: _____

+ () ++ () +++ ()

Presencia de líneas invasivas:

Cateter periférico: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente 3= Totalmente dependiente 2= Parcialmente dependiente

	1	2	3
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Aparatos de ayuda: ninguno() silla de ruedas() Otros: _____

Movilidad de miembros: conservada() flacidez() contracturas()
 parálisis ()

Fuerza muscular: conservada() disminuida()

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO

Orientado: Tiempo() Espacio() Persona()
 Desorientada () confusa() somnolienta () agitada () convulsiona() estupor()
 coma() letárgico()

Comunicativa () poco comunicativa ()

PUNTUACION ESCALA DE GLASGOW: _____

Oído: sin alteración() hipoacusia() acusia() prótesis()

Visión: sin alteración() deficiente() ceguera() prótesis()

Alucinaciones: auditivas() visuales() olfatorias() táctiles()

Alteraciones del pensamiento: demencia ()

Habla/lenguaje: _____

Dolor: no () sí () Localización: _____

Cefalea () Dinámica uterina()

Escala del dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Otros: _____

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales

Nº de deposiciones/día: _____ normal () estreñimiento()
 diarrea() incontinencia()

Hábitos vesicales

Frecuencia: _____ / día
 polaquiúria() disuria() nicturia()

proteinuria: _____ albumina en

orina: _____

Otros: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO

Horas de sueño: _____

Problemas para dormir: sí () no()

Especificar: _____

¿Usa algún medicamento para dormir? Sí () No()

Especificar: _____

PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS

Religión: _____

Restricciones religiosas: _____

Solicita visita de capellán: sí () no()

Comentarios adicionales: _____

Nombre del enfermero: _____

Firma : _____ CEP: _____

Fecha: _____

TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:

EXAMENES AUXILIARES:

PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL:

NST:

TST:

ECO:

Perfil biofísico:

Apéndice B: Consentimiento informado

Consentimiento informado

**Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.**

Se me ha comunicado que el título de investigación académico es “**Cuidados de enfermería en embarazo ectópico complicado del Servicio de Ginecología de un hospital nacional de Ayacucho, 2021**”, El objetivo de este estudio es aplicar y describir los cuidados de enfermería en el embarazo ectópico complicado. Esta investigación académica está siendo realizado por la Lic. Maybee Ccayanchira Domínguez y la Lic. Iveth Sally Sicha Cueto bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada; sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

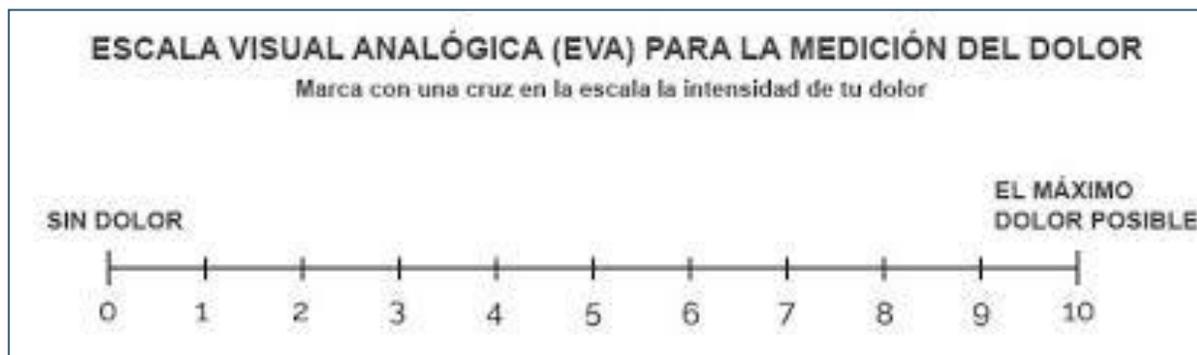
Nombre y apellido: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma

Apéndice C: Escalas de evaluación



Escala de Nortón

ESCALA DE NORTON

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con Ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy Limitado	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso Comatoso	Inmóvil	Encamado/a	Urinaria y Fecal	1

CLASIFICACION DE RIESGO

PUNTUACION DE 5 A 9	RIESGO MUY ALTO
PUNTUACIÓN DE 10 A 12	RIESGO ALTO
PUNTUACIÓN DE 13 A 14	RIESGO MEDIO
PUNTUACIÓN MAYOR DE 14	RIESGO MINIMO/NO RIESGO

Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1