

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Cuidados de enfermería a paciente con embarazo ectópico del Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021

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

Por:

Celia Lorena Castañeda Guevara

María Hermelinda Zelada Medina

Asesor(a):

Mg. Katherine Mescua Fasanando

Lima, abril de 2023

DECLARACIÓN JURADA

DE AUTENTICIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, Mg. Katherine Mescua Fasanando, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON EMBARAZO ECTÓPICO DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CAJAMARCA, 2021”** de las autoras Licenciadas: Celia Lorena Castañeda Guevara y María Hermelinda Zelada Medina, tiene un índice de similitud de 20% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima a los 19 días del mes de abril del año 2023



Mg. Katherine Mescua Fasanando

**Cuidados de enfermería a paciente con embarazo ectópico del
Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital público de Cajamarca,
2021**

Trabajo Académico

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



Mg. Sofía Dora Vivanco Hilario

Dictaminadora

Lima, 19 de abril de 2023

Cuidados de enfermería a paciente con embarazo ectópico del Servicio de Gineco- Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021

Lic. Celia Lorena Castañeda Guevara^a y Lic. María Hermelinda Zelada Medina^a Mg. Katherine Mescua Fasanando^b.

^aAutores del trabajo Académico Unidad de post grado 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 constituye una de las afecciones comunes de morbi-mortalidad en el área de gineco-obstetricia, que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar complicaciones. Objetivos: Gestionar el proceso de atención de enfermería en el paciente con diagnóstico de embarazo ectópico. Metodología: Enfoque cualitativo, con diseño de caso clínico único, como método el proceso de atención de enfermería (PAE); aplicando como instrumento la guía de valoración por patrones funcionales de Maryori Gordon a una paciente de 40 años, con diagnóstico de embarazo ectópico. Luego se aplicó la taxonomía NANDA, NOC y NIC para obtener el diagnóstico principal, objetivos e intervenciones a desarrollar. El riesgo de complicaciones se identificó mediante el modelo bifocal, siendo formulados en base al manual de Carpenito. Resultados: Se establece como Diagnóstico principal “(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p conducta expresiva (EVA 7/10), expresión facial de dolor, diaforesis y postura para aliviar el dolor” y como Riesgo de complicación principal “Hemorragia”. Conclusiones: De acuerdo a los problemas identificados, se gestionó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas, mejorando el estado de salud de la paciente, el éxito del tratamiento depende es su mayoría de la identificación oportuna de los problemas y la adecuada elección del tratamiento.

Palabras clave: Cuidados, Enfermería, Embarazo ectópico.

Abstract

Ectopic Pregnancy is one of the common conditions of morbidity and mortality in the area of gynecology and obstetrics, which requires prompt diagnosis and treatment to avoid complications. Objectives: Manage the process of nursing care in the patient with a diagnosis of ectopic pregnancy. Methodology: Qualitative approach, with a single clinical case design, the nursing care process (PAE) as a method; applying as an instrument the assessment guide by functional patterns of Maryori Gordon to a 40-year-old patient, with a diagnosis of ectopic pregnancy. Then the NANDA, NOC and NIC taxonomy was applied to obtain the main diagnosis, objectives and interventions to be developed. The risk of complications was identified using the bifocal model, being formulated based on the manual by Carpenito. Results: The main Diagnosis was established as "(00132) Acute pain r/c biological injurious agents' m/p expressive behavior (VAS 7/10), facial expression of pain, diaphoresis and posture to relieve pain" and as Risk of main complication "Hemorrhage". Conclusions: According to the problems identified, the nursing care process was managed in its five stages, improving the health status of the patient, the success of the treatment depends mostly on the timely identification of the problems and the appropriate choice. of the treatment.

Keywords: Care, Nursing, Ectopic pregnancy.

Introducción

Se conoce como embarazo ectópico a la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina, dentro de los factores etiológicos tenemos el daño secundario a las trompas de falopio, la inflamación y factores ovulatorios, los cuales van a provocar una mala implantación (Espinoza Garita et al., 2021).

El objetivo de este estudio es dar a conocer el cuidado de las pacientes con embarazo ectópico, cabe señalar que la incidencia de esta patología va en aumento a nivel mundial y representa el 1-2% de todos los embarazos. En Estados Unidos, alrededor del 1.4% de los embarazos son ectópicos. En el Reino Unido se diagnostican 30 mujeres con embarazo ectópico al día, esto corresponde a 12 000 casos anuales (Glenn, 2018). Por otra parte, en Cuba la razón de muerte materna por embarazo ectópico es de aproximadamente de 40 de cada 100 000 nacidos vivos (Batres et al., 2020)

En este contexto, en el Perú hay muy pocos estudios realizados 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 (Infanzón Escobar, 2021).

En este sentido Rueda Núñez & Fariña Candal (2018) señaló que la incidencia de embarazo ectópico fue del 0,63%, 1 en 157 nacimientos. Finalmente, se halló que el 54% de casos fueron embarazos ectópicos complicados; además el 89% de las pacientes tuvieron localización tubárica.

Murillo Torres (2020) realizó un estudio en el hospital regional docente de Cajamarca que contó con una población de 36 pacientes, dando como resultado: El rango de edad en su mayoría fue de 31-35 años 34.2%. El nivel de instrucción más frecuente fue el de secundaria con

47.4%. El estado civil fue conviviente con 52,6%. La tasa de paridad más alta es de 68,4% en mujeres primíparas. Las pacientes con antecedentes de cirugía pélvica representaron 10,5% de una historia de embarazo ectópico anterior. Antecedentes de inflamación pélvica en 36,8%. El 26.3% de pacientes tenían antecedentes de uso de DIU. Los que tenían antecedentes de tabaquismo representan el 2,6% y el 7,9% tenían más de dos parejas sexuales. Conclusión: las pacientes con antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, abortos, partos múltiples, legrado uterino y uso de dispositivo intra uterino tienen una mayor incidencia, que pueden ser factores de riesgo para embarazo ectópico.

De acuerdo a lo expuesto, este estudio es importante para comprender y profundizar, sobre los factores de riesgo, etiología y los cuidados de enfermería en el embarazo ectópico. Teniendo en cuenta esto, González Ortiz et al. (2018) 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 alcanzados, multiparidad, inicio precoz de relaciones sexuales y uso de levonorgestrel.

Teniendo en cuenta, Santillán Armas (2018) Menciona que la fecundación del Ovulo tiene lugar en una de las trompas de Falopio, pero su implantación tiene lugar en el útero. Sin embargo, algunas causas coexistentes pueden causar obstrucción de las trompas o también pueden provocar trastornos de la motilidad de las mismas. Cuando el óvulo se mueve lentamente, puede quedar obstruido en el camino, por lo que el óvulo fertilizado no podrá llegar al útero, ya que en la mayoría de los casos el embrión se adhiere al revestimiento de las trompas y se implanta en las mismas, lo que resulta en un embarazo ectópico.

Tras el diagnóstico de una patología como el embarazo ectópico, las pacientes suelen enfrentarse a acontecimientos que complican el curso y desarrollo del embarazo. El

procedimiento de elección para un embarazo ectópico en su mayoría será la cirugía, junto con la hidratación y algunos oxitócicos, según indicación médica; sin embargo, puede haber riesgo de dolor agudo y complicaciones hemorrágicas debido a los posibles cambios que ocurren después de la cirugía. También se hace necesario la experticia del profesional de enfermería especialista en Ginecología para una oportuna atención y asertiva de casos como el embarazo ectópico (Espinoza Garita et al., 2021).

El presente trabajo de investigación, es un estudio cualitativo, donde la importancia radica 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 Chorda, 2022).

Es importante resaltar la importancia del proceso de atención de enfermería (PAE) como forma estructurada y organizada para garantizar una adecuada y continua atención en salud; el enfoque está en identificar y tratar las respuestas a las necesidades, lesiones o necesidades de salud específicas del paciente. Así, permite la utilización de la planificación del cuidado e intervenciones acorde con las necesidades identificadas. El proceso de atención de enfermería es flexible, lo que facilita la modificación del plan de tratamiento si no se cumplen los objetivos del paciente (Flores Velásquez, 2019).

En este sentido, la atención de enfermería debe ser oportuna, eficiente y sistemática para atender las necesidades afectadas de las pacientes con embarazo ectópico. Además, deben basarse en conocimientos científicos, para lo cual se necesitan estrategias de intervenciones

adecuadas a través del uso de la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Esta permitió tomar la mejor decisión en favor de la estabilidad y recuperación del usuario (Melgarejo De La Cruz, 2018).

Objetivos

Objetivo General

Gestionar el proceso de atención de enfermería en pacientes con embarazo ectópico en el servicio de gineco-obstetricia.

Objetivos Específicos

Exponer los signos y síntomas, factores de riesgo, tratamiento y complicaciones del embarazo ectópico.

Conocer las medidas preventivas de hemorragia en pacientes con embarazo ectópico.

Resaltar la importancia de los cuidados de enfermería en la atención de dolor en paciente con embarazo ectópico.

Elaborar un plan de cuidados de Enfermería basado en un paciente con embarazo ectópico, utilizando los manuales de clasificación de las taxonomías NANDA-I, NOC, NIC y exponer los problemas de colaboración en base a Carpenito (2017a).

Marco teórico

Embarazo Ectópico

Es todo embarazo en el cual el óvulo fecundado se implanta fuera del útero. La frecuencia es aproximadamente 2 veces mayor que los otros tipos de embarazos. Usualmente se diagnostica en el primer trimestre del embarazo, siendo las más común entre los 6 a 10 semanas (Addi et al., 2018).

Sin embargo, la mayor parte del embarazo ectópico ocurre en las trompas, pero también puede producirse en los ovarios o en la zona abdominal. A menudo, no hay feto (saco embrionario vacío) o no se produce el crecimiento del mismo (Dulay, 2022).

Vargas-Hernández et al. (2018) nos dice que después de la concepción, el óvulo viaja por la trompa de Falopio y no llega al útero de la madre y se implanta en otras células, lo que hará que se elimine el embarazo. Se sabe que el lugar más idóneo para la implantación y desarrollo del embrión es el endometrio, el cual se va preparando para dar paso a la formación del saco gestacional.

Por su parte Espinoza Garita et al. (2021) definieron el embarazo ectópico como la implantación de los blastocitos fuera de la cavidad uterina. Su predominio en la mayoría de los embarazos ectópicos son las trompas de falopio. El 75% de las muertes son producidas en el primer trimestre y el 9% de estas se deben a un embarazo ectópico.

Fisiopatología del Embarazo Ectópico

En un embarazo ectópico, las células trofoblásticas son similares a las de un feto normal, secretan gonadotropina coriónica, mantienen el cuerpo lúteo y producen suficiente estrógeno y progesterona para realizar cambios tempranos en la madre. 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 (Castillo Apaza, 2018).

Cabe recalcar que el sitio patológico de implantación puede ser ectópicos (ovarios, trompas de Falopio, órganos abdominales, peritoneo) o intrauterinos, pero ubicados en el cuello uterino y/o parte estromal de las trompas de falopio (intra cuerno uterino). De manera similar, la

causa de esta implantación anormal puede deberse a factores en la trompa de Falopio y el ovario: retraso, desalineación o incapacidad para migrar el óvulo y la capacidad de anidación del ovocito (Sociedad Española de Fertilidad, 2020).

El movimiento de las trompas de falopio se ve afectado por los cambios hormonales, lo cual ocasiona que el cigoto pueda desarrollarse antes de llegar al endometrio, lo cual hará que quede atrapado en la trompa de falopio. Estos cambios son causados por diferentes niveles de estrógeno y progesterona en la sangre, que modifican la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero (López Monsalvo y Adame Pinacho, 2019).

Tipos de Embarazo Ectópico

Leyva Gutiérrez (2019, como se citó en Murillo Torres, 2020) describe los distintos tipos de Embarazo Ectópico:

Embarazo Tubárico. El sitio de implantación con más frecuencia es la trompa, la cual representa el que 95 %; le sigue la ampular con un 75 %. Otras localizaciones son la ovárica, abdominal, y cervical (Addi et al., 2018).

Embarazo Abdominal. Se refiere a aquel embarazo implantado directamente en la cavidad abdominal, donde se producirá como consecuencia la muerte fetal, en los casos que sobreviva el feto, este puede llegar a presentar alto riesgo de malformaciones congénitas (Vargas-Hernández et al., 2018).

Embarazo Ovárico. Este tipo de embarazo se da con menor frecuencia, puede estar relacionada con el uso de dispositivos intrauterinos (DIU). Este tipo de gestación tiene como complicación principal la ruptura del ovario en la etapa temprana de la gestación (Moltó Chorda, 2022).

Embarazo Cervical. Es la implantación que se produce en el cérvix uterino, su mayoría termina en aborto. Este tipo de embarazo tiene relación con los tratamientos de reproducción asistida (Sociedad Española de Fertilidad, 2020).

Embarazo Heterotópico. En este caso se lo observa 2 tipos de embarazo como son el Ectópico y uterino (Monzón Castillo et al., 2019).

Manifestaciones clínicas. Middlesex Health (2023) menciona que la sintomatología del embarazo, son denominados “triada clásica” los cuales incluyen: dolor hipogástrico, sangrado vaginal inusual, la cual puede ser leve o severo y amenorrea. Al examen físico se evidencia cambios en las funciones vitales tales como taquicardia o cambios posturales, los cuales pueden llegar a producir una importante disminución de la presión arterial y sensación de convulsiones.

Los síntomas descritos por las pacientes suelen presentarse en la 5 o 6 semana del embarazo. Síntomas como dolor abdominal agudo e inestabilidad hemodinámica requieren intervención quirúrgica urgente ya que estamos hablando de una ruptura cuando hay un embarazo ectópico (Mayo Clinic, 2022).

Chávez Soto y Guzmán Gala (2019) dividen el cuadro clínico en tres fases:

Primera fase: aparecen síntomas similares a un embarazo normal, pueden presentarse molestias abdominales leves.

Segunda fase: el dolor es constante e incrementa su intensidad, en una forma punzante y continua. Al inicio el dolor suele ubicarse únicamente en el hipogastrio e irradiarse a la región lumbar. Puede presentarse náuseas, mareos, y pérdidas sanguíneas a repetición-

Tercera fase: riesgo de fallecimiento es producida por hemorragia dentro del peritoneo de forma masiva, hipotensión y shock, ante lo cual es necesario actuar inmediatamente. Se puede presentar dolor agudo de intensidad muy severo en la región hipogástrica debido a que el

embrión ha aumentado su tamaño en un área no adecuada. Este dolor nos puede estar indicando que se ha producido una ruptura uterina. Este autor menciona que el curso clínico está condicionado al lugar de implantación y crecimiento del embarazo. El dolor abdominal a veces se puede confundir con cólicos no ginecológicos.

Factores de riesgo y complicaciones asociadas a embarazo ectópico

El embarazo ectópico es una de las principales causas de muerte materna. Las causas pueden ser defectos congénitos en las trompas de falopio, cicatriz de un apéndice roto, infecciones de transmisión sexual, infecciones anteriores y ligadura de trompas, fecundación in vitro, dispositivos intra uterinos insertados durante la concepción, endometriosis, esta condición hace que el tejido uterino invada y destruya el tejido reproductivo. Tomar hormonas, específicamente estrógenos y progesterona, puede hacer más lento el movimiento normal del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio y causar un embarazo ectópico (Rodríguez Lara, 2020).

Una de las principales complicaciones que es considerada emergencia médica es la ruptura del sitio de implantación del embrión, llegando a producir una hemorragia, la cual progresa rápidamente a un shock hemorrágico y peritonitis, siendo la principal consecuencia de la muerte materna en el primer trimestre de gestación. Por lo cual el manejo de enfermería es de suma importancia para obtener un buen resultado en pacientes con esta afección (Benavides-Calvache et al., 2018).

Diagnóstico

Abul Qasim o Abulcasis, nació en Córdoba en el año 936 d.c. cirujano de profesión, se desempeñó en la corte del Califá Abderramán III, fue el pionero en describir el embarazo ectópico. El Kitab al - Tasrif, es una enciclopedia médica el cual está compuesta por 30 tomos, el

último de ellos, dedicado a la cirugía, y el cual incluye datos acerca del manejo del Embarazo Ectópico (Infanzón Escobar, 2021).

Espinoza Garita et al. (2021) cita a Bertín et al. Quienes según su estudio realizado el 2019, nos mencionan que el diagnóstico precoz del Embarazo Ectópico es de suma importancia, por lo cual se realiza exámenes imagenológicos como (ecografía transvaginal), exámenes de laboratorio de los cuales el más importante son B-HCG, además de la sintomatología clínica.

Tratamiento

La Sociedad Española de Fertilidad (2020) refleja que el Embarazo Ectópico se ha incrementado en los últimos años, así mismo mencionan que gracias al diagnóstico precoz ha disminuido la mortalidad, han permitido tratamientos conservadores, la cual busca preservar una futura fertilidad. Dentro del tratamiento podemos encontrar una conducta expectante, la cual consiste en esperar a ver cómo va evolucionando la paciente, lo cual puede desencadenarse en un aborto espontáneo. También tenemos el tratamiento médico y quirúrgico. La elección de tratamiento estará sujeta a las características de cada paciente.

Tratamiento expectante

Para este tratamiento la paciente debe estar con funciones vitales estables no presentar sangrado profuso, tamaño de masa anexial debe ser menor a 3cm el embrión debe estar sin vida; si la paciente cumple dichas condiciones será hospitalizada para dicho control de β HCG a las 8 h, y para asegurar la estabilidad hemo dinámicamente. A partir de entonces, la β HCG se analizará semanalmente hasta que se obtenga un resultado negativo (Mayo Clinic, 2020).

Tratamiento médico

Esto implica la administración de metrotexato, la cual es una alternativa a la cirugía, siempre y cuando no se haya producido una ruptura del embarazo ectópico. La paciente debe

encontrarse termodinámicamente estable y no presentar sangrado importante, la masa anexial debe ser menor de 3.5 cm y sin evidencia de actividad cardiaca fetal, B-HCG por debajo de 5000 mIU/ml, no presentar comorbilidades en la que puedan contraindicarse este medicamento. Su uso debe ser en dos esquemas: multidosis y monodosis, eligiendo principalmente monodosis por su baja toxicidad, facilidad de uso y bajo costo (Dulay, 2022).

Cabe señalar que las siguientes condiciones como: inmunodeficiencia, alcoholismo crónico, problemas renales, hepática, pulmonar activa, hematológicos, úlcera péptica son contraindicaciones para su uso del metotrexato. Por lo tanto, todos los pacientes tratados previamente con un régimen de metotrexato deben someterse a las 12 siguientes pruebas auxiliares con hemograma completo, coagulación, hígado y riñón normales (Leyva Gutiérrez, 2019).

La primera prueba de B-HCG, está indicada realizarla el cuarto día después del tratamiento con metotrexato, ante los cual ya debe haber una reducción 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 (Santillán Armas, 2018).

Hu Liang et al. (2019) en 1982 se empezó a utilizar la terapia con medicamentos para el Embarazo Ectópico. En la actualidad se cuenta con tres regímenes para la administración de metotrexato.

Una dosis: Intramuscular (metrotexato 50 mg/m²).

Dos dosis: Intramuscular (metrotexato 50 mg/m²).

Dosis múltiple: Intramuscular (metrotexato a dosis de 10mg/kg alterado con leucovorina cálcica).

En el caso de que el metotrexato no resulte el efecto deseado, se llevará a cabo un tratamiento combinado por laparoscopia, es decir, se combina el tratamiento médico y quirúrgico (Zarama-Márquez et al., 2019).

Tratamiento quirúrgico

Los métodos quirúrgicos de tratamiento incluyen laparotomía o laparoscopia. La laparotomía se realiza si el paciente se encuentre con funciones vitales estables e implica una cirugía exploratoria. Por otro lado, la laparoscopia se realiza en pacientes hemodinámicamente estables y requiere una mínima intervención con una cámara y luz (Salinas et al., 2018).

Manejo Quirúrgico Conservador (Salpingostomía). Es recomendado para mujeres que desean preservar su fertilidad y cumplen con los siguientes criterios: estar hemodinámicamente estable, la masa anexial debe medir menos de 4 cm de diámetro, esto es independiente de la presencia de actividad embrionaria y niveles de β hCG. La primera prueba de β hCG será realizada 2 horas después de la salpingectomía, que debería ser un 50 % inferior al valor inicial, generalmente la tasa de éxito es del 85. Luego se realizará un seguimiento con β hCG hasta que se vuelva negativa. 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 (Leyva Gutiérrez, 2019).

Manejo Quirúrgico Radical (salpingectomía). Tait en 1884 realizó la primera salpingostomía mediante cirugía laparoscópica. La salpingectomía consiste en la resección completa de trompas en la cual se encuentra ubicado el embrión. La salpingostomía consiste en la extracción del embarazo, preservando las trompas mediante una incisión. El embrión se extrae longitudinalmente y con diversas técnicas seguido de la sutura de la incisión. Sin embargo, la

histerectomía es el último recurso cuando la lesión pone en peligro la vida (Pérez Garrido et al., 2021).

Inicialmente no se contaba con antibióticos y asepsia, los índices de fueron altas. En la actualidad, las tasas de mortalidad han disminuido; pero los costos hospitalarios están en aumento debido a los cuidados post operatorios y las complicaciones que se puedan presentar. Cabe resaltar, que esta intervención conlleva a la infertilidad (Ministerio de Salud [MINSA], 2019).

Complicaciones

Debido al alto riesgo de ruptura de trompas, el embarazo ectópico constituye una emergencia obstétrica, lo cual ocasiona una hemorragia que si no se trata a tiempo puede conllevar a la muerte de la gestante. Aun, si no se suscitara la muerte de la madre, la lesión tubárica podría ser grave e irreversible, comprometiendo la fertilidad de la paciente (Middlesex Health, 2023). 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 (Middlesex Health, 2023).

Cuidados de Enfermería en Embarazo Ectópico

Valoración Céfalocaudal de la Paciente

La valoración céfalocaudal permite descubrir lesiones o enfermedades que no han sido descubiertas. Se ha sugerido que la evaluación física no tome más de 2 o 3 minutos y se recomienda que el examen se comience a hacer por la cabeza y siga metódicamente hacia los pies; se lleva a cabo cumpliendo los cuatro métodos clásicos en el orden habitual: inspección, palpación, percusión y auscultación (Barone et al., 2007).

Mantener en Reposo Absoluto

Garita Cabañas (2020) menciona que durante varios años el reposo prolongado en cama ha sido aceptado en los pacientes hospitalizados, esto se debe a que se trata de evitar los efectos adversos relacionados con el movimiento: sin embargo las evidencias científicas han logrado demostrar lo contrario. El reposo en cama puede ser desde absoluto, levantándose solo para ir al baño o un reposo relativo en el cual puede levantarse de vez en cuando a caminar por la habitación.

Monitoreo hemodinámico

En este sentido, la monitorización hemodinámica es fundamental, para conseguir una terapia hídrica y un soporte vasopresor e inotrópico racionales, dirigidos a metas terapéuticas tempranas. El monitoreo también puede detectar la sobrehidratación que también causa resultados adversos en el paciente. Canalizar y mantener una vía endovenosa permeable, con catéter de buen calibre. Para la elección de una vena y el calibre del catéter se debe considerar el tipo de solución que se va a perfundir (Benito Fernández et al., 2020).

Valoración del dolor

Se debe tener en cuenta la causa que produce el dolor, así como el tipo e intensidad, este se ve influenciada por varios factores que no están relacionados directamente con la etiología de las causas, los cuales puedan modificar la duración, intensidad e impacto o discapacidad producida por la sensación dolorosa. Estos aspectos han de ser tenidos en cuenta para una valoración global más eficaz y partiendo siempre de una historia clínica que recoja todos los aspectos que circundan la sintomatología y a la persona afectada y sus condiciones específicas (Vicente Herrero et al., 2018a).

Prevenir el Riesgo de Sangrado

El riesgo de sangrado es la “vulnerabilidad a la reducción en el volumen de sangre que puede comprometer la salud del individuo” (Herdman y Kamitsuru, 2019).

Pruebas de Alergia

Registrar la reacción al analgésico y los efectos secundarios. Brindar cuidados de enfermería de acuerdo con las políticas y el protocolo del servicio. Realizar pruebas adicionales según protocolo. Informar al paciente y familia sobre los signos de sangrado. Proporcione información objetiva sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico (Hinkle y Cheever, 2019).

Dolor Agudo

La Organización Mundial de la Salud citada por Domke P. et al. (2018) definen al dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, la cual está asociada a una lesión tisular real o potencial, considerada como un problema de salud mundial”.

Estos eventos emocionales y sensoriales desagradables están relacionados con daño tisular real o potencia, con un inicio inesperado o pausado de cualquier intensidad que va desde ligero a severo, con un final prematuro o anticipado y con una duración inferior a los tres meses (Reyes-Ticas, 2019).

En este caso, Ortega-Zufiría et al. (2021) define el dolor agudo como la liberación de neurotransmisores los cuales se deben a un estímulo nocivo o lesión tisular que, tras llegar a la medula espinal, pasan por las vías espinotalámicas hasta llegar al tálamo y otros centros del sistema límbico, donde se van a desencadenar respuestas emocionales.

Por su parte, la American Cancer Society [ACS] (2019) define al dolor como una sensación de alerta ante la existencia de una agresión, ante lo cual se pone en marcha mecanismos de protección. Asimismo, se acompaña de hiperreactividad del sistema nervioso

autónomo, manifestada en una combinación de dolor agudo con ansiedad y signos como palidez, sudoración, vómitos, hipertensión arterial, taquicardia, entre otros.

Vicente Herrero et al. (2018b) mencionan al dolor como una serie de fases complejas y subjetivas, que se distinguen en tres componentes: sensorial o discriminatorio, afectivo-motivacional y cognitivo- evaluativo.

Para la International Association for the Study of Pain [IASP] (2020) el dolor es una sensación subjetiva, es causada por una lesión real o potencial, ante lo cual se verá afectada las actividades de la vida diaria.

La elección de los analgésicos va a depender de la etiología y algunas variables como la edad y el sexo. Se requiere evaluación integral del dolor utilizando escalas establecidas como La Escala Visual Analógica (EVA) la cual va a medir la intensidad del dolor. Además de las escalas para la clasificación del dolor existen cuestionarios, entre los más utilizados encontramos: Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ), Cuestionario de Dolor en español (CDE), Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven Yale (WHYMPI) o el Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory) (Castro Ipiales, 2018).

Los síntomas del dolor se relacionan en su mayoría con una enfermedad o lesión. Inmediatamente, Cabezas Esteban (2021) afirma que, frente a un embarazo ectópico roto, casi el 75% de las pacientes presenta dolor a la palpación abdominal y pélvica, la cual se incrementa con la movilización del cuello uterino.

Así pues, Iturri (2020) menciona que la sintomatología del dolor se produce debido a la invasión trofoblástica en la pared tubular, si esta es profunda se va a desencadenar una hemorragia, llegando a la zona serosa. La aparición de dolor pélvico repentino que se irradia a la mitad inferior del abdomen es característica de un embarazo ectópico.

Por ello, en el proceso de atención de enfermería en pacientes con embarazo ectópico, las manifestaciones clínicas se presentan generalmente en la sexta y octava semana de la última fecha de menstruación, siendo uno de los síntomas característicos el dolor abdominal (Vernaza-Pinzón et al., 2019).

Asimismo, en el proceso de atención de enfermería en pacientes con embarazo ectópico, el problema más resaltante es el dolor agudo antes y después de una intervención quirúrgica, la cual constituye en su mayoría, el tratamiento de elección, ente lo cual es necesario actuar rápidamente (Gómez Martínez & Carrillo Pineda, 2019).

Por tanto, en el abordaje enfermero del embarazo ectópico, una de las manifestaciones clínicas de esta patología es el dolor hipogástrico, de tipo cólico, que es uno de los síntomas más característicos de la triada clásica; de aquí la gran importancia de la valoración del dolor mediante la escala visual análoga (Costa Romero et al., 2019).

En otra paciente en estudio, se identificó como problema prioritario al dolor agudo, el cual estuvo relacionado principalmente a agentes con lesiones biológicas, las cuales son atribuibles en la mayoría de casos a enfermedades pélvicas, antecedentes de intervenciones ginecológicas, entre otras; lo cual no permite el recorrido normal del blastocito en su evolución, ocasionando la inflamación de la trompa de Falopio y ocurriendo en dolor (Rodas Molina, 2019).

Igualmente, Paredes Chambi (2019) menciona que el dolor es la sintomatología clínica más predominante, debido a la lesión en la estructura de la trompa de Falopio, producido por diversos factores, como una enfermedad pélvica inflamatoria, el inicio precoz de las relaciones sexuales, el uso de dispositivos intrauterinos, intervenciones quirúrgicas y técnicas de fecundación in vitro, entre otras.

Por último, Guerrero Márquez et al. (2019) indica que en esta patología que tienen valores estadísticos altos, fueron: tener más de una pareja sexual, consumo de tabaco, embarazos múltiples, tener antecedentes previos de embarazo ectópico, entre otros. La característica clínica más destacada en el embarazo ectópico es el dolor agudo pélvico que se irradia a la parte inferior del abdomen.

Características definitorias

Teniendo en cuenta a Herdman et al. (2023) 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.

Sin embargo, el problema de dolor, identificado en la paciente fueron expresión facial de dolor (EVA 7/10), expresión facial de dolor, diaforesis y postura para aliviar el dolor; dichas características señalaron un problema de dolor agudo (Ortega-Zufiría et al., 2021).

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 (Bazán Machuca, 2019).

Es necesario mencionar que, aunque el dolor se evalúe de forma subjetiva y a través de escalas de 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 (Vicente Herrero et al., 2018b).

Factores relacionados

Teniendo en cuenta a Heather Herdman et al. (2023) en base a la taxonomía NANDA II, menciona a los siguientes factores relacionado: agente lesivo químico, lesión por agentes biológicos y físicos. Evidentemente, la paciente en estudio fue sometida a tratamiento médico.

Clasificación del Dolor

De acuerdo a Salazar Chávez (2019) el dolor puede ser clasificado desde diferentes enfoques:

Según su Duración

Dolor Agudo. La duración es menor a 3 meses, tiene un pequeño componente psicológico, usualmente se debe a una patología orgánica (Ortega-Zufiría et al., 2021).

Dolor Crónico. Dura más de tres meses, se acompaña de un componente psicológico, suele ser insuficiente la respuesta al tratamiento y es de origen multifactorial (Berrocoso Martínez et al., 2019).

Según el curso

Dolor Continuo. Es persistente a lo largo del día y no desaparece (Murillo Torres, 2020).

Dolor Irruptivo. Dolor que presenta episodios transitorios y responde adecuadamente al tratamiento (Guerrero Márquez et al., 2019).

Según su Intensidad

Dolor Leve. No se ve afectado las actividades cotidianas de la vida diaria, es soportable (González Álvarez et al., 2018).

Dolor Moderado. Es aquellas que interfiere en las actividades de la vida diaria y puede resolverse con opioides menores (Arias Ángel, 2018).

Dolor Severo. Altera el sueño y descanso el descanso, necesita la administración de opioides mayores (Montenegro Rosales, 2018).

Según su Localización

Dolor Somático. Este tipo de dolor es punzante y localizado, la cual se irradia a través de los dermatomas. Esta cede cuando se administra antiinflamatorios no esteroideos (Guerrero Márquez et al., 2019).

Dolor Visceral. Este tipo de dolor es de mala localización, es persistente y profundo, está acompañado de síntomas neurovegetativos, se extiende más allá del punto de origen y necesita de la administración de opioides (Paredes Chambi, 2019).

Fisiología del Dolor

Ferrandiz Mach (2018) enfatizó que la interacción de variables determina un sistema cerebral funcional, que denominó neural matriz, responsable de las características personales a la percepción dolorosa. En este contexto, la mayoría de los nociceptores tienen la propiedad de aumentar su respuesta a estímulos repetidos. Este fenómeno se denomina sensibilización periférica y puede deberse a una auto sensibilización, en ocasiones relacionada por la acomodación de la membrana, alergias o sustancias químicas (serotonina, bradicinina, histamina, prostaglandinas, leucotrienos y sustancia P). La hipersensibilidad a estas sustancias provoca hiperestesia (sensaciones de dolor mayor que las transmitidas por los nociceptores).

En este sentido, es comprensible que las neuronas secundarias, debido a su estimulación repetida, pueda sufrir cambios funcionales para producir dolor con estimulación no dolorosa. En conclusión, el tálamo juega un papel importante en la percepción del dolor. Su lesión produce lo

que se conoce como síndrome del hipocampo, que se manifiesta como un dolor intenso y espontáneo en ambos lados del cuerpo. Además, está involucrado no solo en el procesamiento del dolor sino también en la regulación emocional (López Cruz et al., 2018).

Tratamiento

Tratamiento No Farmacológico

Hay dolores que pueden aliviarse con el reposo; obviamente, mover el área lesionada puede aumentar el dolor. Sin embargo, el descanso no siempre ayuda a aliviar el dolor. De hecho, en algunos tipos de dolor crónico, la inmovilidad prolongada puede provocar atrofia muscular, lo que prolonga las sensaciones dolorosas, como ocurre en la lumbalgia. La terapia con calor o frío puede ayudar a aliviar el dolor. La terapia de masajes puede ayudar a reducir el dolor al promover el drenaje, así como la relajación y flexibilidad muscular. Otros tipos de masajes pueden ser perjudiciales dañinas, ya que una persona no capacitada puede agravar las lesiones dolorosas. (Ministerio de Salud [MINSA] e Instituto Nacional de Salud del Niño [INSN], 2019).

Tratamiento Farmacológico

Es importante resaltar el uso de coadyuvantes analgésicos como paracetamol y antiinflamatorios no esteroide. El mecanismo de acción se basa en la inhibición de la ciclooxigenasa (CO), que suele ser efectivo en el tratamiento con dolores más frecuentes y en dosis aconsejables. Generalmente estos medicamentos deben utilizarse en dosis pequeñas. 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 (De la Cruz Alvarado, 2019).

Rol de enfermería en el Manejo del Dolor Agudo

En el momento de la entrevista inicial es importante saber si el paciente presenta dolor, si resto es positivo será necesario planificar intervenciones necesarias que tienen como finalidad disminuir o aliviar el dolor. La valoración inicial guiará el plan de manejo de dolor. Se debe comprobar la intensidad, localización, la calidad y el inicio o duración del dolor (De Arco-Canales y Suarez-Calle, 2018).

Es importante determinar el impacto causa en la calidad de vida y bienestar físico y emocional; de igual manera se debe evaluar los factores que aumentan o disminuyen el dolor y así planificar las intervenciones; los factores que disminuyen el umbral del dolor incluyen: ansiedad, insomnio, fatiga, miedo, tristeza, ira, depresión, ser introvertido, aislamiento, y retraimiento social; del mismo modo, los factores que aumentan el umbral de dolor son: 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 pruebas de alergia de acuerdo a necesidad y registrar la reacción a la medicación para el dolor y cualquier efecto secundario (Morla Cabezas, 2021).

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 (Acho-Mego 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 más vasos sanguíneos, debe ser controlada rápidamente porque si la pérdida sanguínea es muy grave puede ocasionar shock y muerte (Szuba et al., 2019).

Por otro lado, la hemorragia uterina anormal se define como cualquier sangrado que difiera el patrón menstrual en frecuencia, cantidad y duración. Sus manifestaciones son poli menorreas: menstruación que dura menos de 21 días y oligomenorreas: periodos que duran más de 35 días (Almada Fernández, 2019)

Orellana Reyes (2020) afirma que 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 la pérdida de sangre a través de interacciones entre los componentes de la pared de los vasos sanguíneos, 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 (Cun Ruiz, 2018).

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 (Dónola Grados, 2018).

Medios de Diagnóstico

Entre los procedimientos de diagnóstico que se realizan para determinar la etiología del sangrado uterino anormal, primero se realiza el examen físico, seguido por la ecografía, esta es la técnica de imagen más usada que permite estudiar el útero y los ovarios; además esta técnica nos

permite evitar biopsias endometriales, ya que una ecografía convencional reduce significativamente la posibilidad de daño del endometrio. La histeroscopia también es un procedimiento de diagnóstico muy útil, ya que permite realizar una biopsia endometrial de forma más directa de la lesión, reduciendo así la posibilidad de los falsos negativos. (Anicama Mendoza, 2019).

En algunos casos puede ser aconsejable la realización del legrado uterino, este generalmente se realiza bajo anestesia general, este procedimiento, además de brindar información sobre el diagnóstico también será terapéutico en algunos casos. Por otra parte, el sangrado uterino anormal también está relacionado directamente con enfermedades crónicas, trastornos sanguíneos y ovulatorias. 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 (Polanco Sosa, 2018).

Tabla 1

Clasificación de las complicaciones, según la complejidad de la hemorragia

Grado de choque	Porcentaje de pérdida sanguínea	Signos y síntomas
Leve	< 20%	Diaforesis y extremidades frías
Moderado	20% - 40 %	Ansiedad, aumento de llenado capilar, taquicardia, taquipnea, hipotensión postural, oliguria,
severo	>40%	hipotensión, agitación y confusión

Fuente: Adaptado de Leduc et al. (2009). Active management of the third stage of labour:

Prevention and treatment of postpartum hemorrhage.

Tratamiento

Tratamiento No Invasivo

Tratamiento Medicamentoso (de Primera Línea). Tratamiento 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 (Garita Cabañas, 2020).

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 (Ñaupas Paitán et al., 2019).

Taponamiento uterino (efectivo en el 8% de los casos), el dispositivo más utilizado es Sengstaken Blakemore, catéter de Barki (Rojas Pérez et al., 2019).

La colocación de un globo (Cobra Cordis 5F) sobre la arteria iliaca interna, a través del fémur común, utilizando la técnica de Seldinger, la cual se deja de 2 a 8 horas, esta va acompañado de profilaxis antibiótica, dicho procedimiento es eficaz y seguro. Para este procedimiento es importante contar con el apoyo de un radiólogo experimentado (Lopera-Vásquez, 2020).

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 (Figueredo Borda et al., 2019).

Duelo Anticipado y Apoyo Psicológico. Entre los efectos psicológicos que se producen en la madre podemos encontrar culpa, tristeza, ira, ansiedad, depresión y preocupación por el futuro embarazo. Estos últimos pueden causar una sensación de angustia y ansiedad (Murillo Torres, 2020).

Arapa Mamani y Arce Larico (2019) concluyen que la fase en que una mujer queda embarazada, provoca varios cambios tanto psicológicos como de autoestima. Por lo cual, la orientación y consejería basado en la promoción de la salud es primordial como parte del proceso de atención de enfermería, posterior al embarazo no viable.

Todos los padres al enterarse de una gestación, esperan a un bebe sano y fuerte al no producirse esto se van a producir cambios en la vida de la pareja, principalmente en la madre. El duelo es una forma de responder ante la muerte, la madre sentirá tristeza y no aceptará lo ocurrido, por lo cual el apoyo de la pareja y la familia es primordial. Antiguamente cuando se producía esto, los profesionales no tocaban el tema con la paciente y familia debido a que pensaban que se estaba protegiendo a los padres. Tom Bourne fue la primera persona que estudió los efectos psicológicos tanto en mujeres como en médicos cuando el bebé nace muerto (Sánchez Bacilio y Shica Cabrera, 2019).

Cala Hernández y Gómez-Llusá García (2020) en su estudio, refiere que en la actualidad hay avances respecto al abordaje del duelo perinatal. Tiene como objetivo asegurar un cuidado adecuado de los padres mediante la comunicación y la atención emocional; ante esto es necesario que el profesional de enfermería esté preparado para brindar apoyo a la madre, sabiendo que decir, respetando la forma de expresar y sentir el duelo de los padres. Es necesario mostrar empatía, es decir ponerse en el lugar de los padres, brindar escucha activa y entender que se producirá grandes cambios que afectará su vida cotidiana. El objetivo principal debe de estar orientado a brindar la

información adecuada para resolver dudas, además de no descuidar el apoyo emocional que ayude a superar o disminuir su dolor.

Base Teórica

El profesional de enfermería tiene el deber de tomar un papel activo en el desarrollo de un cuerpo de investigación y aplicar este conocimiento en la práctica. La investigación debe ser la herramienta principal para desarrollar el conocimiento necesario que se exige en los momentos actuales en 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 (Palacios Pabón, 2019).

Asimismo, existe diversas habilidades como el autocontrol, el entusiasmo, la motivación, la empatía, entre otros; los cuales le resultan imprescindibles en su quehacer diario; 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 estrés (Escobar-Castellanos & Jara Concha, 2019).

Teoría de Virginia Henderson

El proceso de atención de enfermería tiene como función principal efectuar labores basados en evidencia científica, mediante el pensamiento crítico y lógico, tomando como referencia a las diferentes teóricas y sus modelos de enfermería, con el propósito de ofrecer

cuidados estandarizados de forma holística que contribuyan a su salud y recuperación de cada individuo (Hernández-Hernández et al., 2019).

En el presente estudio de caso, el personal de enfermería que atendió a la paciente le permitió organizar, analizar e interpretar todos los datos de la paciente de acuerdo al proceso de atención de enfermería, lo cual nos permitió tomar las mejores decisiones en favor de la recuperación del paciente, basada en una gestión del cuidado en forma sistemática y eficaz el cual permitió logara lo más antes posible la independencia del paciente; otra de las razones por las que se utilizó esta teoría es porque nos permitió utilizar un lenguaje estandarizado NANDA, NIC y NOC, el cual nos va a permitir favoreciendo intercambiar la información y conocimientos basados en la investigación (Soto Verchér, 2019).

Metodología

Diseño de Estudio

En el presente estudio de caso se aplica el enfoque metodológico de la investigación cualitativo, 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 (Hernández Sampieri et al., 2018).

Caso clínico único para dar respuesta a los objetivos formulados en el estudio acerca de los cuidados de enfermería en embarazo ectópico (Nicole Velásquez-Morocho et al., 2020).

Sujeto de Estudio

Mujer de 40 años de edad, seleccionada a conveniencia de las investigadoras, con diagnóstico de embarazo ectópico; es ingresada al servicio de emergencia por presentar un cuadro clínico de siete horas de evolución, con antecedente de embarazo ectópica hace seis meses. Al momento del ingreso al servicio de hospitalización se encontraba en aparente regular

estado general, a la exportación abdominal presenta dolor a la palpación profunda en hipogastrio con irradiación a flanco derecho. A la especuloscopía se evidencia sangrado escaso y activo. Al tacto bimanual se palpa anexo izquierdo normal y en derecho no se palpa masa, pero se muestra doloroso.

Medico de turno indica hospitalización en el servicio de gineco-obstetricia para hidratación, control del dolor y administración de tratamiento indicado. Paciente presenta como antecedentes previos un embarazo ectópico hace 6 meses.

Ámbito y Periodo de Estudio

El presente estudio fue realizado en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca. El periodo de estudio se realizó en los meses de setiembre y octubre 2021, para la fase de contacto se utilizó la observación, entrevista y la recogida de datos clínicos.

Procedimiento y Recojo de la Información

Fuente de Información

Para el presente estudio se consideró como fuente de información, el instrumento de recolección de datos, se utilizó en el marco de la valoración los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, los cuales fueron validados por profesionales expertos en el área (Soto Falcon, 2018).

El procedimiento que nos permitió recolectar la información se desarrolló a través de las siguientes fuentes:

Información verbal proporcionada por el paciente mediante la entrevista.

La observación directa al paciente

Historia clínica del paciente

Registros de evaluación médica y de enfermería

Examen físico del paciente

Valoración de enfermería según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

Se utilizó las técnicas de entrevista y observación.

La revisión de evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Elsevier, Science direct, Medline, Scielo. Además, se ha consultado documentos procedentes de entidades oficiales (OMS, American Cancer Society), Guías de práctica clínica y protocolos; Actas de Congresos, Tesis Magistrales y libros publicados para enfermería (Zavala Law, 2019).

Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista interrelacionada y el dialogado, el cual fue 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.

Procedimiento de Información

Para la recolección de datos, tanto la paciente como el jefe del servicio dieron su autorización previa, en el cual se aseguró la protección y confidencialidad de la información proporcionada. Durante todo el proceso no se presentaron problemas de identificación.

La recolección de la información se llevó a cabo en 2 fases o etapas:

Primera fase: se inicia con el acceso a la revisión de la historia clínica para extraer datos clínico importantes como datos de afiliación, antecedentes personales y familiares, motivo de consulta, resultados de pruebas de diagnóstico, diagnóstico médico inicial, así como el desarrollo de la atención; todo esto con el objetivo de tener una descripción completa del caso en estudio.

Segunda fase, la evaluación de enfermería fue realizado a través de la entrevista personal, siguiendo los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, utilizando la identificación y el reconocimiento de los diagnósticos de enfermería, clave para desarrollar un plan de cuidados individualizados y específicos

Tercera fase: se ejecutaron tres seguimientos para evaluar la evolución de la paciente en estudio y en la etapa final se realizó una revisión integral de la evidencia científica fijando límites según el criterio de fecha restringiendo la búsqueda desde el año 2017 hasta la actualidad. Se utilizaron las bases de datos: Medline, Medigraphic, Google Academic, Scielo y Scimedirect. Utilizando los descriptores: Enfermería, cuidados de enfermería, embarazo ectópico.

Procesamiento y Análisis de los Datos

Los datos fueron analizados y organizados de la siguiente manera:

El análisis y procesamiento de datos se realizaron con base al enfoque de enfermería.

Primer momento, se realiza un Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo AREA de Pesut y Herman (1999), el cual consiste en realizar una valoración exhaustiva por medio de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, luego según los datos obtenidos en la valoración se extraen los diagnósticos enfermeros de la taxonomía NANDA (Herdman et al., 2023), para luego realizar una red de diagnósticos y seleccionar el principal. Una vez seleccionado el diagnóstico principal se buscan las posibles complicaciones asociadas en base al manual de Carpenito (2017b) con el objetivo de evitarlas (Juall Carpenito, 2017c). Elegido el DxE principal se establecieron los resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC), tanto para el diagnóstico principal como para el riesgo de complicaciones.

Segundo momento, se realizó un análisis crítico de la evidencia científica comprendida en este estudio, tomando como base los objetivos planteados según taxonomía NOC (Moorhead et al., 2019) y priorizándolo con el modelo AREA (Pesut y Herman, 2019), a fin de obtener el NOC principal del diagnóstico de enfermería y el problema de colaboración principal; esto incide en la preparación de un plan de cuidados en base a la taxonomía NIC (Butcher et al., 2019).

Tercer momento, se ejecutaron las actividades de enfermería programadas, se evaluaron las mismas para la comprobación del grado de efectividad de las intervenciones realizadas según el plan de cuidados individualizados de la paciente.

Al alta de la paciente, se comprobó los resultados obtenidos mediante la evaluación de indicadores.

Una vez terminado el Proceso de Atención de Enfermería, se realizó la revisión bibliográfica sobre el manejo de enfermería en el embarazo ectópico.

Resultados

Proceso de Atención de Enfermería

Descripción del caso

Paciente adulta, mujer de 40 años de edad, la cual ingresa al servicio de emergencia por presentar un cuadro clínico de 7 horas de evolución, el cual se caracteriza por presentar dolor de moderada intensidad en hipogastrio, tipo espasmo que se irradia a fosa iliaca derecha, fascies de dolor, diaforesis y postura para aliviar el dolor, refiere dolor 7/10 según escala de evaluación visual análoga (EVA), ventilando espontáneamente. Con amenorrea de 6 semanas, ciclos menstruales regulares, no utiliza ningún método anticonceptivo, con antecedente de embarazo ectópico hace 6 meses. Al momento del ingreso al servicio de hospitalización se encontraba en

aparente regular estado general, Presión arterial: 125/72 mm Hg, Frecuencia cardiaca: 87 x´, Frecuencia respiratoria 22x´, Temperatura 36,6 °c. a la exportación abdominal presenta dolor a la palpación profunda en hipogastrio que se irradia hacia fosa iliaca derecha. A la especuloscopia se evidencia sangrado escaso y activo. Al tacto bimanual se palpa anexo izquierdo normal y en derecho no se palpa masa, pero se muestra doloroso. Paciente se hospitaliza con diagnóstico de Embarazo Ectópico de 6 semanas por fecha de última regla.

Examen Físico.

Piel: Hidratada, normotérmica, de aspecto pálido, ligera diaforesis, llenado capilar <2”

Cabeza: normocéfalo, sin lesiones ni traumatismos, ojos: pupilas foto-reactivas, ligeramente pálidas, boca: mucosas hidratadas.

Cuello: sin lesiones ni presencia de adenopatías.

Tórax: simétrico, mamas: blandas, simétricas, no secretantes.

Abdomen: doloroso a la palpación en hipogastrio, tipo espasmo, de moderada intensidad, que se irradia a fosa iliaca derecha

Genitales: sangrado vaginal escaso y activo.

Extremidades: simétricas, sin lesiones ni traumatismos.

Aparato respiratorio: Entrada normal de aire en ambos campos pulmonares, sin presencia de estertores ni sibilancias.

Aparato cardiovascular: Pulso periférico presente, corazón normodinámico, latido cardiaco normal.

Sistema nervioso: LOTEPE, responde a estímulos.

Exámenes Complementarios.

Hb: 9,2 mg/dl (VN: 11,6 a 15 g/dL en las mujeres) OMS 2021

PCR negativa

B-HCG: 5 200mU/ml (VN: 850-20800 mUI/ml)

Tratamiento Médico.

Dieta completa más líquidos a voluntad.

NaCl al 0,9% x1000 a 30 gotx`

Metotrexato IM c/48h (2 dosis).

Metamizol 2gr c/8 h

BHCG cuantitativa en 48 horas.

Control de funciones vitales c/6 h

Vigilar Sangrado vaginal

Reposo absoluto

Control de Hemoglobina.

Diagnóstico Médico: Embarazo Ectópico. Paciente se hospitaliza para tratamiento médico con metrotexate y control analítico según protocolo.

Control de funciones vitales y valoración de sangrado vaginal.

Valoración

Procederé a valorarla según los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (Gordon, 1999):

Descripción de los Patrones Funcionales de Salud

Patrón funcional I: Percepción – Manejo de la Salud

Paciente manifiesta no tener antecedentes de enfermedades, grupo sanguíneo “O” y factor RH “Positivo”. Con prueba COVID-19 negativa, no consume tabaco ni drogas, paciente demuestra interés en conductas saludables.

Patrón Funcional II: Nutricional - Metabólico

Peso: 63 kg., talla: 1.58 cm, IMC 25.2 (sobre peso), temperatura 36,6°C, piel y mucosa hidratadas, de aspecto pálido. No lleva una dieta equilibrada. Niega náuseas y vómitos, hemoglobina 9.2g/dl.

Patrón funcional III: Eliminación

Paciente adulta, con micción espontanea, presenta deposiciones diarias, de consistencia normal.

Patrón Funcional IV: Actividad – Ejercicio

Paciente con reposo relativo, ventilando espontáneamente, con frecuencia respiratoria de 22x', saturación de oxígeno (SatO2) 96%, ruidos respiratorios normales, sin presencia de tos ni secreciones, actividad circulatoria normal, frecuencia cardiaca de 96 x', presión arterial de 125/72 mmHg, no se observa edema en miembros superiores ni inferiores, se evidencia de 1 catéter periféricos en miembro superior izquierdo, cubierto con Tegaderm, el cual no presenta signos de flebitis. La paciente se moviliza en forma independiente, tono y fuerza muscular conservada.

Patrón Funcional V: Descanso - Sueño

Refiere que no puede conciliar el sueño debido al dolor abdominal y miedo a ser hospitalizada y a lo que pueda suceder.

Patrón Funcional VI: Perceptivo - Cognitivo

Paciente despierta, colaboradora, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow de 15 puntos, colaboradora, tiene conocimiento sobre su patología, con expresión facial de dolor, adopta posición para disminuir dolor, abdomen doloroso a la palpación en

hipogastrio que se irradia a fosa iliaca derecha, con una escala de valoración de dolor (EVA) de 7/10 puntos.

Patrón Funcional VII: Autopercepción - Auto concepto

Paciente se muestra preocupada, ansiosa por su estado de salud, con verbalizaciones auto negativas, se siente impotente ante lo sucedido por segunda vez, manifiesta expresiones de desesperanza, refiere que ya no va a poder tener hijos.

Patrón Funcional VIII: Relaciones - Rol

Número de personas de grupo familiar: dos, manifiesta tener una buena comunicación con su esposo, ella es ama de casa.

Patrón Funcional IX: Sexualidad - Reproducción

Paciente ingresa al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente Cajamarca con amenorrea de 6 semanas, sangrado vaginal en escasa cantidad, ecografía transvaginal: útero vacío, endometrio de 9 mm, anexo izquierdo normal, anexo derecho se visualizó saco gestacional de 2.06 cm, sin presencia de latidos cardiacos, ovarios normales, sin líquido libre y con diagnóstico médico de Embarazo ectópico. Antecedentes obstétricos: Menarquia a los 12 años, Gestaciones 2, aborto 1 por embarazo ectópico anterior hace 6 meses, fecha de última regla (FUR) 02/08/2021, no utiliza métodos anticonceptivos.

Patrón Funcional X: Adaptación / Tolerancia a la Situación y al Estrés

Paciente se muestra preocupada, ansiosa y temerosa.

Patrón Funcional XI: Valores y Creencias

Paciente adulta, profesa la fe católica, tiene planes a futuro y está satisfecha con su viuda.

Plan de Cuidados

Diagnósticos de Enfermería

Los diagnósticos de Enfermería (DxE) son identificados según los patrones alterados, mediante riesgo o en disposición de mejora vistos anteriormente en las valoraciones. Para trabajar los DxE se realizó la identificación de los diagnósticos de enfermería se basa de acuerdo a los patrones alterados extraídos en las valoraciones. Los diagnósticos son la Taxonomía NANDA Internacional (Herdman et al., 2023).

Patrón funcional II: Nutricional – Metabólico

(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales relacionado con inadecuado interés en las comidas, manifestado por palidez y Hna. 9,2 mg/dl.

Definición: “Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas” (Herdman et al., 2023)

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión.

Patrón funcional V: Sueño - Descanso

(00096) Deprivación de sueño relacionado con dolor e incertidumbre a lo que pueda pasar m/p verbalización de paciente.

Definición: “Periodos prolongados de tiempo sin una suspensión sostenida, periódica y natural de la conciencia que proporcione descanso” (Heather Herdman et al., 2023; pp. 295).

Dominio: 4 Actividad/reposo

Clase: 1 Sueño/reposo.

Patrón funcional VI: Cognitivo perceptual

Patrón Alterado paciente con RASS -1 fascies de dolor post operatorio

(00132) Dolor Agudo Relacionado con Lesión por Agentes Biológicos.

Dominio: 12: Confort, sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase: 1 Confort físico

Definición: “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; 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” (Herdman et al., 2023; pp. 576).

Patrón funcional VII: Autopercepción - Autoconcepto

(00120) Baja autoestima situacional relacionado con disminución de la aceptación consciente m/p verbalizaciones auto negativas, impotencia ante el diagnóstico, insomnio, expresión de angustia, refiriendo no poder tener hijos.

Definición: “Cambio de percepción positiva a negativa de autoestima, autoaceptación, autorrespeto, competencia y actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación actual” (Herdman et al., 2023; pp. 372).

Patrón funcional IX: Sexualidad y Reproducción

(00221) Proceso de maternidad ineficaz relacionado con conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad manifestado por gestión ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo.

Definición: Incapacidad para prepararse y/o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido, para garantizar el bienestar (Heather Herdman et al., 2023; pp. 410).

Dominio: 8 sexualidad

Clase: 3 Reproducción.

Patrón funcional X: Adaptación Tolerancia al estrés

(00145) Riesgo de síndrome postraumático relacionado con percepción del acontecimiento como algo traumático.

Definición: “Susceptible a presentar una respuesta desadaptada sostenida a un acontecimiento traumático y abrumador, que puede comprometer la salud” (Herdman et al., 2023; pp. 420).

Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

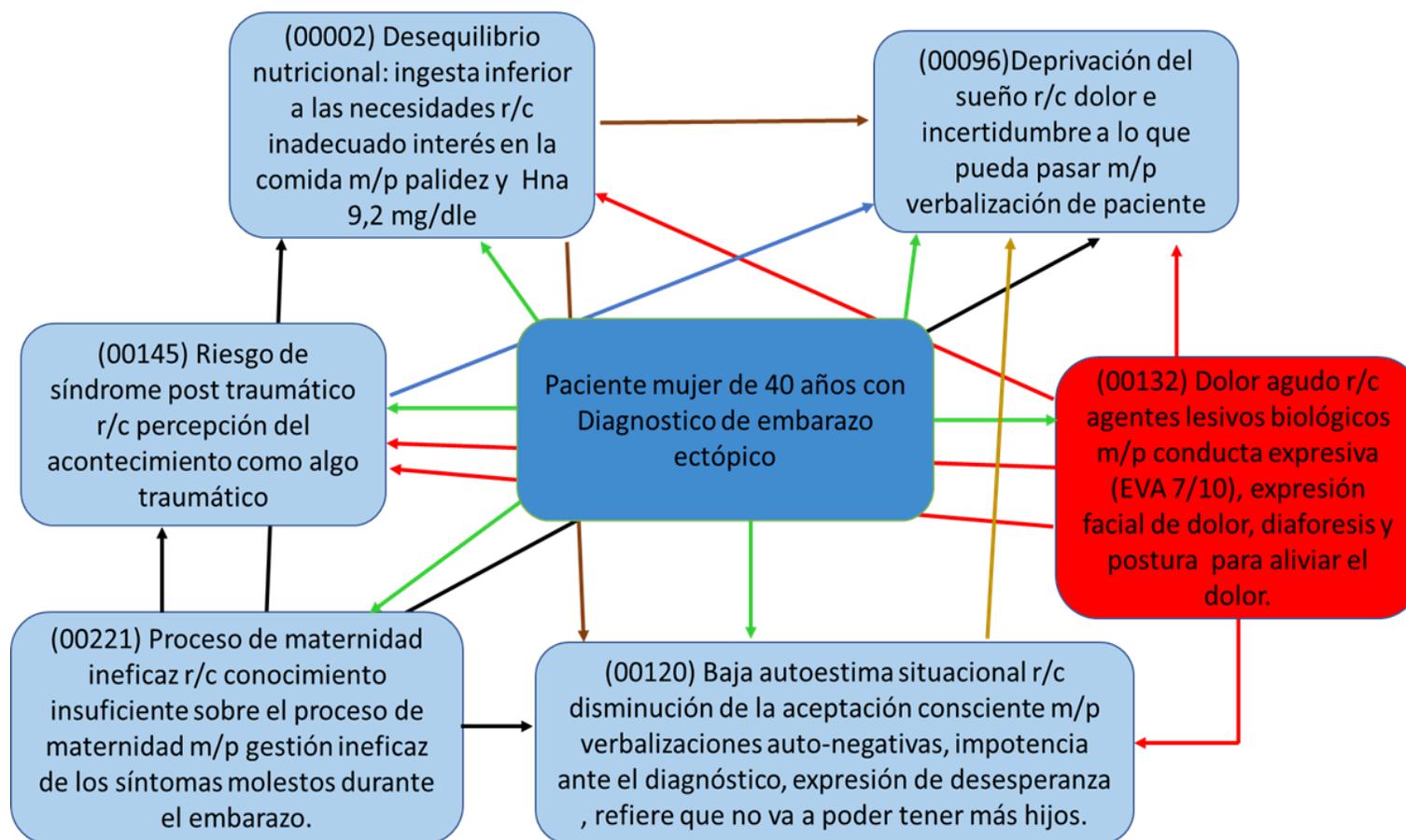
Clase: 1 Respuestas post traumáticas

Identificación del Diagnóstico de Enfermería Principal mediante Red de Razonamiento Crítico Basado en el Modelo AREA

Tras exponer los diferentes diagnósticos enfermeros que tiene mi paciente voy a realizar la priorización del Diagnóstico de Enfermería principal (DxEp) mediante una red de razonamiento clínico basado en el Modelo AREA (Pesut & Herman, 2019). Este modelo establece una importante red de razonamiento crítico, basada en las relaciones que se establecen entre un gran número de diagnósticos, dando como resultado el diagnóstico más preciso y adecuado a cada caso clínico.

Figura 1

Red de razonamiento crítico, basado en el modelo AREA para la obtención del Dx.E principal



Nota. Elaboración propia basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut y Herman, 1999).

Diagnóstico enfermero principal (DxEp)

Tal como se puede observar en la Red de razonamiento (figura 1) el diagnóstico principal es:

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos e/p conducta expresiva (EVA7/10), expresión facial de dolor, diaforesis y postura para aliviar el dolor.

Definición: “Percepción sensorial localizada y subjetiva desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos” (Herdman et al., 2023; pp.576).

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

Justificación del Diagnóstico Principal

Basándose en evidencias científicas y bibliográficas para los diferentes diagnósticos, se concluye que el diagnóstico principal es el dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p conducta expresiva (EVA7/10), expresión facial de dolor, diaforesis y postura para aliviar el dolor.

Castillo Abad (2019) también halló al dolor como diagnóstico principal en este tipo de pacientes. En el caso de la paciente estudiada, el dolor es causado por un agente lesivo físico producto del embarazo ectópico. Por lo tanto, cuando se produce el daño tisular, se adquieren nociceptores, que van a responder a diversos estímulos; y cuando el nociceptor es sensible, la respuesta será más fuerte produciendo hiperalgesia. Entre otras intervenciones está la administración de la medicación, para el manejo del dolor agudo (C. Espinoza Diaz & Alvarez Silva, 2019).

El dolor es una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada con daño tisular real o potencial, aparición repentina o lenta, cualquier intensidad de leve a grave, terminación prematura o esperada y duración inferior a tres meses (Herdman y Kamitsuru, 2019).

En este caso, Ortega-Zufiría et al. (2021) nos dicen que el dolor agudo se refiere a la liberación de múltiples neurotransmisores en respuesta a un estímulo o lesión tisular. Tras llegar a la médula espinal, las señales nociceptivas viajan a través de la médula espinal para llegar al tálamo y los demás centros del sistema límbico, donde se desencadenan las correspondientes reacciones de las emociones.

Por su parte, Esteve - Pérez et al. (2020) refieren que el dolor agudo es un estado de alarma que se presenta cuando existe una lesión, que desencadena ciertos mecanismos de evitación o defensa. También pueden estar asociados con hiperreactividad del sistema nervioso autónomo que se manifiesta como una combinación de dolor agudo y ansiedad y síntomas físicos autónomos como palidez, sudoración, vómitos, aumento de la presión arterial, taquicardia, etc.

Así, MINSA (2018) menciona que los síntomas dolorosos son causados por la invasión trofoblástica de la pared de la trompa, cuando esta es profunda, la cual desencadena un sangrado que se extiende a la región serosa. El embarazo ectópico es caracterizado por presentar dolor repentino en la zona pélvica que se irradia hacia la parte inferior del abdomen.

Por lo tanto, las pacientes con embarazo ectópico presentan síntomas clínicos generalmente al sexto y octava semana del último día de la menstruación, y uno de los síntomas típicos es el dolor abdominal (Rodas Molina, 2019).

De igual forma, se reconoce como uno de los problemas de mayor importancia, el dolor agudo, el cual es responsable de la mayor parte del tratamiento, por lo que la importancia de una actuación rápida (Cruz Velazco, 2018).

Desde el punto de vista de la ética de enfermería, es prioridad aliviar el dolor, ya que constituye un derecho de todo ser humano.

Así mismo, controlar el dolor es esencial para mejorar la calidad de vida, porque un inadecuado manejo de dolor afectaría la recuperación (Granados Reyes, 2019).

Para concluir decidimos seleccionar el dolor agudo como diagnóstico principal ya que la paciente en estudio refiere un nivel de dolor moderado, lo cual puede percibir como una experiencia muy desagradable que puede alterar las funciones vitales y por lo tanto nuestra primera intervención debe estar destinada a calmar el dolor y poder tratar el resto de problemas.

Problemas de colaboración (PC)/ y riesgo de complicación (RC). Para poder conocer cuales con los posibles problemas de colaboración y riesgos que pueda presentar la paciente durante su estancia hospitalaria, hemos trabajado con el manual de diagnósticos enfermeros de Carpenito (2017d).

Problemas de colaboración 1. Embarazo extrauterino. (Embarazo ectópico).

RC 1. 1 hemorragia

RC 1.2 shock

RC 1.3 sepsis

Problema de colaboración 2. Periodo Post Operatorio.

RC 2.1 retención urinaria

RC 2.2 hipovolemia/shock

RC 2.3 peritonitis

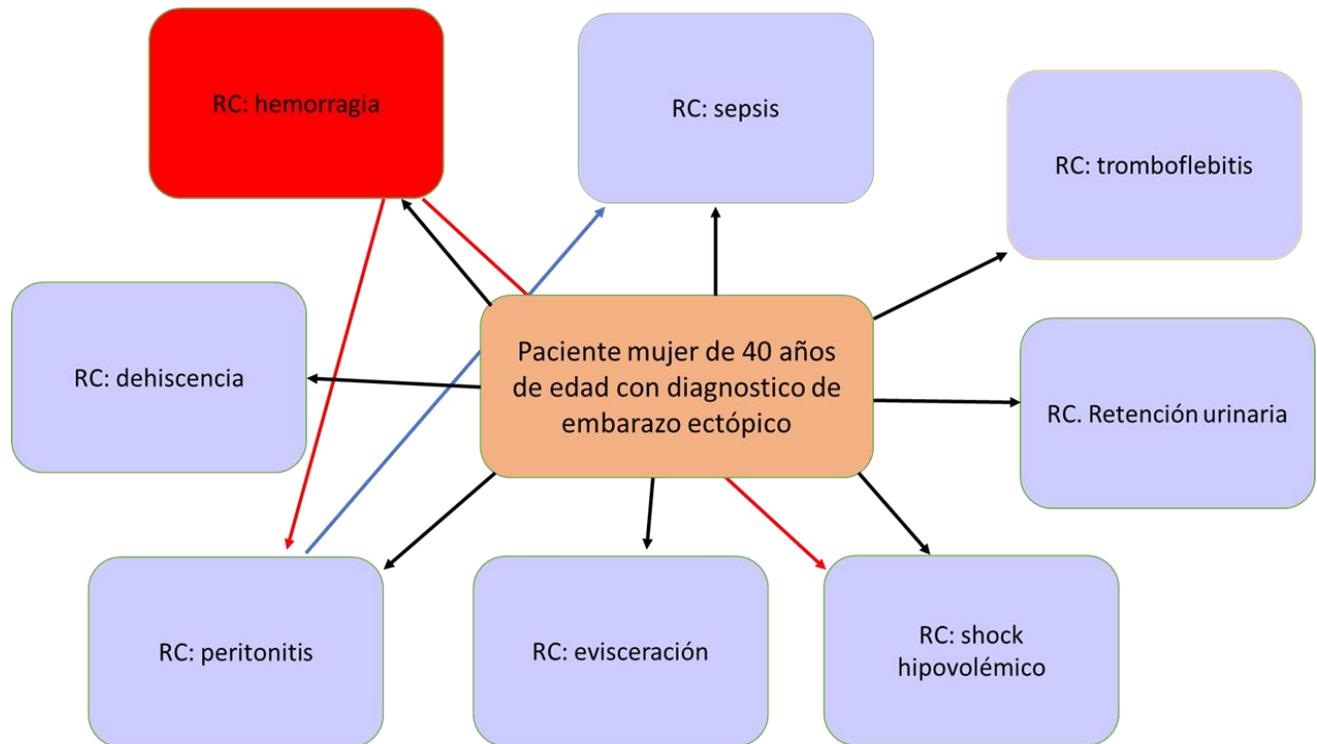
RC 2.4 Tromboflebitis

RC 2.5 evisceración

RC 2.6 dehiscencia

Figura 2

Red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA para la obtención de riesgo de complicación principal (RCp)



Nota. Elaboración propia basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut y Herman, 1999).

Identificación del riesgo de complicación principal (RCp)

Tras haber realizado la red de razonamiento, se identificó como riesgo de complicación principal (RCp) la “hemorragia” ya que tiene más relación con los demás riesgos de complicación, así mismo vinculándose con el shock hipovolémico y la 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-Esper et al., 2019).

Justificación.

Riesgo de Complicaciones Principal: Hemorragia. Según, Marquina-Lujan y Adriaola Casas (2020) 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.

Lendinez Romero (2021) nos explican en su estudio las principales características del embarazo tubárico y su principal riesgo. Este tipo de embarazo ectópico es más riesgoso que otros tipos de embarazo, porque puede llegar a romperse, causando sangrado y conducir hasta la muerte de la gestante. También se tiene que tener en cuenta de la fertilidad futura que puede verse afectada por a la presencia de una cicatriz.

Shock Hipovolémico. De acuerdo con Arce Pither (2020) define como: El síndrome o afección resultante a causa por la perfusión celular inadecuada, para mantener el metabolismo celular, ocurre por una disminución brusca del volumen sanguíneo circulante. Este concepto, en la actualidad se ha ampliado y este síndrome no se limita a una respuesta inmediata al déficit del volumen intravascular; se extiende a las reacciones sistémicas que ocurren en los tejidos periféricos y que responden a la isquemia y reperfusión caracterizada por una respuesta inflamatoria y persiste incluso después que se restablece el volumen circulatorio.

García-Viniegras y González Benítez (2020) nos dice que el peritoneo es el tejido que recubre la pared abdominal. Se trata de una membrana serosa con dos capas: una exterior y una interna. el espacio entre estas capas se conoce como cavidad peritoneal. La peritonitis es una

afección grave que afecta el peritoneo; ésta se produce cuando se inflama la capa delgada del tejido que recubre el interior del abdomen. por lo general, la peritonitis es producto de una infección provocada por bacteriana o irritación química. La peritonitis puede ser localizada o generalizada, aguda o crónica. La infección del peritoneo puede deberse a varios motivos, pero en la mayoría, la causa es una perforación dentro de la pared abdominal.

Según Payet Meza (2020) la peritonitis es el proceso inflamatorio del peritoneo causada por una infección, traumatismo o irritantes químicos como la bilis, jugo pancreático o intestinales. Finalmente, en el embarazo ectópico, la complicación más frecuente es la hemorragia y por ende la causa más significativa de morbilidad y mortalidad en el embarazo ectópico.

Según De la Torre et al. (2018); la hemorragia es una complicación caracterizada por la extravasación de sangre de los lechos vasculares. El sistema hemostático es el responsable de prevenir la pérdida de sanguínea a través de interacciones precisas entre los componentes de la pared del vaso sanguíneos, las plaquetas circulantes y las proteínas del plasma.

Planificación

Planificación del DxE principal

Para prevenir y reducir los problemas presentados en la paciente, se determinó los resultados y se eligió un conjunto de intervenciones que formaron parte del plan de cuidados de enfermería.

Se utilizó los manuales de objetivos o resultados NOC (Moorhead et al., 2019) y de intervenciones NIC (Butcher et al., 2019).

DxEp

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p conducta expresiva (EVA7/10), expresión facial de dolor, diaforesis y postura para aliviar el dolor.

Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos. Diagnósticos Enfermeros- NANDA (Heather Herdman et al., 2023; pp.576).

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

Resultado (NOC) del diagnóstico enfermero principal (DxEp)

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 conducta expresiva (EVA 7/10), expresión facial del dolor, diaforesis y postura para aliviar el dolor, por lo tanto, le corresponde el siguiente: NOC:

(2102) Nivel de dolor

(1605) Control del dolor

(2008) Estado de comodidad

(2101) Dolor: efectos nocivos

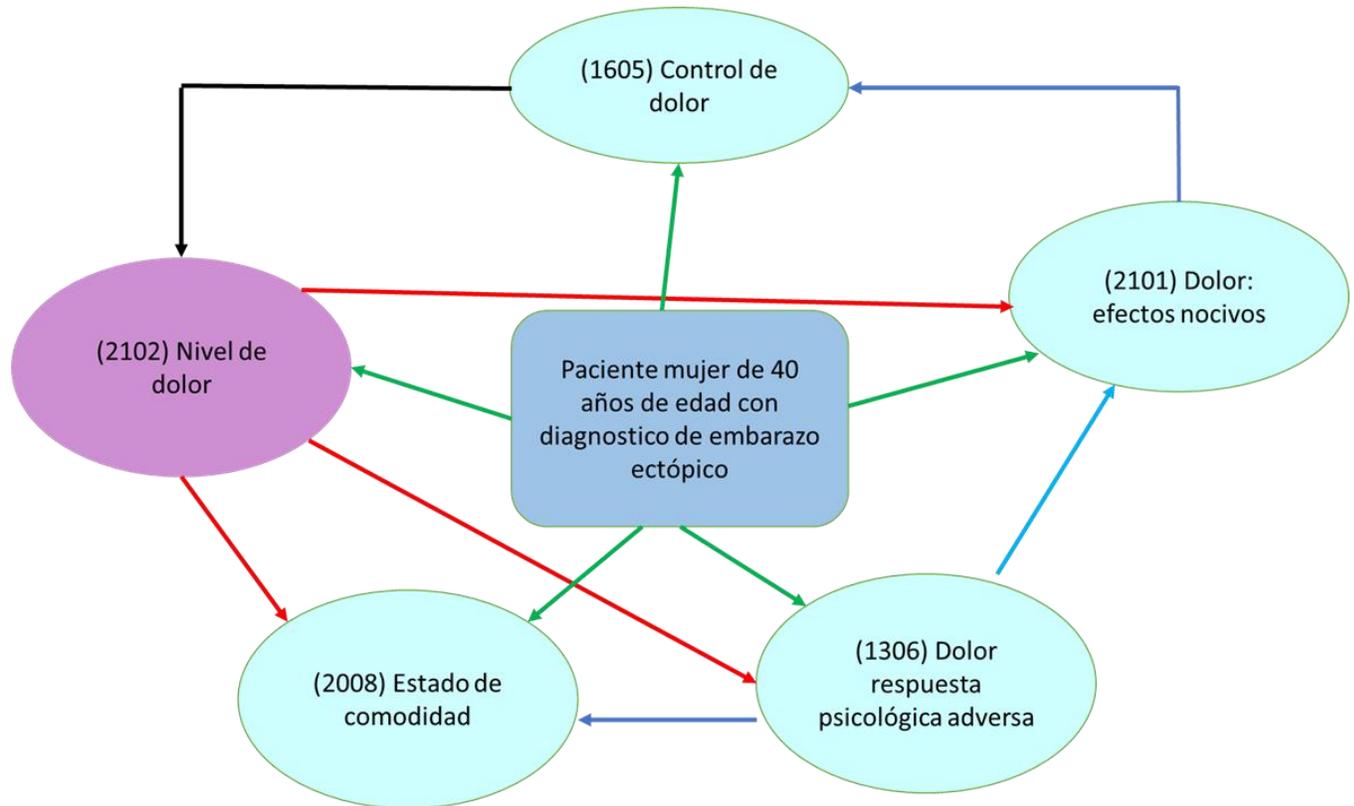
(1306) Dolor: respuesta psicológica adversa

Priorización del NOC del Diagnóstico Enfermero Principal

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

Figura 3

Priorización del NOC del diagnóstico principal (DxE) mediante red de razonamiento crítico basado en el método AREA



Nota. Elaboración basada en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut y Herman, 1999).

Justificación del NOC principal del Diagnóstico Principal

Se puede observar que, según la red de razonamiento crítico, el NOC principal corresponde al que está más relacionado con los otros NOC.

NOC Priorizado del Dx E. Principal.

(2102) Nivel de Dolor. Definición: “Intensidad del dolor referido o manifestado”

(Moorhead et al., 2019, p. 466).

Dominio: 5 Salud percibida.

Clase: V Sintomatología

De acuerdo a Gorordo-Delsol et al. (2020) define al dolor “como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada al daño tisular real o potencial, es reconocido como un problema de salud global”. En cualquier caso, es un concepto subjetivo y existe mientras un paciente diga que presenta algún dolor.

La American Cancer Society [ACS] (2019a) define al dolor agudo como una sensación intensa, se presenta rápidamente y dura relativamente poco tiempo, este tipo de dolor desaparece tras reponerse la lesión. Por ende, se toma al dolor agudo como la reacción fisiológica del cuerpo frente a un ataque físico, químico y traumático.

Dicho dolor persiste e incrementa en todo el desarrollo de recuperación de los tejidos. Por otro lado, el dolor agudo implica también un sistema de alarma que avisa ante un organismo que pone en riesgo la integridad del paciente, permitiendo responder ante mecanismos de protección (Szuba et al., 2019).

Los estímulos causantes del dolor son detectados por receptores nociceptores; los cuales son identificados como fibras C y AO. El proceso neural de la transmisión del dolor comprende: La Transducción; es el proceso por el cual el estímulo nociceptivo es convertido en señal eléctrica en los nociceptores. La transmisión; es el proceso por el cual los estímulos nociceptivos son referidos a la asta dorsal de la médula espinal donde se liberan los neurotransmisores del dolor: Glutamato, sustancia P, péptido relacionado al gen de la calcitonina. (Bombón-Albán & Suárez-Salazar, 2022).

En las características definitorias se considera la expresión corporal del paciente, esto se define como los movimientos que se puede visualizar en el rostro y diferentes partes del cuerpo como puede ser el apretar los dientes, arrugar la frente, en algunas se debe observar el ceño

fruncido de la persona para determinarlo como un factor de presencia de dolor. Asimismo, el dolor se caracteriza por presentarse de una manera rápida, el cual puede ser intenso o profundo, aunque su duración perdura relativamente en un tiempo muy corto (INC, 2020).

Según, la American Cancer Society [ACS] (2020) menciona que la escala visual analógica (EVA) es un instrumento unidimensional, que se utiliza para determinar la intensidad del dolor. Esta escala consiste en una línea horizontal, en cuyos extremos se encuentran las expresiones del dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad de dolor y en el derecho la mayor intensidad, indicando a los pacientes la intensidad de su dolor. Cabe resaltar el que el daño tisular conduce a la liberación de varias sustancias químicas: leucotrienos, serotonina, histamina, iones de potasio, ácidos, acetilcolina, tromboxano, sustancias P y factor activador de plaquetas.

Estos factores desencadenantes son elementos importantes en el desarrollo de dolor persistente luego de una lesión aguda; aquí es donde actúan las prostaglandinas, que son mediadores locales o cofactores que aumentan la sensibilidad de las terminaciones nerviosas libres (Ferrandiz Mach, 2018).

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 de dolor	3	5	24 horas

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

Nota. 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	3	5	24 horas
(210204) Duración de los episodios de dolor	3	5	24 horas
(210208) Inquietud	3	5	24 horas
(210206) Expresiones faciales de dolor	3	5	24 horas

Nota. Elaboración en base a la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017).

Intervenciones (NIC) del diagnóstico Enfermero Principal

Las intervenciones que a continuación se mencionan fueron extraídas del Manual de Intervenciones NIC (Butcher et al., 2019).

(1410) Manejo de 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., 2019, p.306).

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

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

(141003) Monitorización del dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable, apropiada 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 (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., 2019, 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 medicina.

(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., 2019, 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 NOC del riesgo de complicación principal (RCP) hemorragia

A fin de determinar los cambios en el estado de la paciente, se utilizó el clasificador de medición de resultados en salud a través de objetivos NOC (Moorhead et al., 2019); y en cuanto a la mejora de la calidad de vida de la paciente se aplicó las intervenciones NIC (Butcher et al., 2019). En consecuencia, el riesgo de complicación principales (RCp) es hemorragia.

Resultado NOC del RC Principal

La taxonomía NOC responde a los resultados de la paciente que se desea conseguir, utilizando códigos de 4 dígitos y en los indicadores seis 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

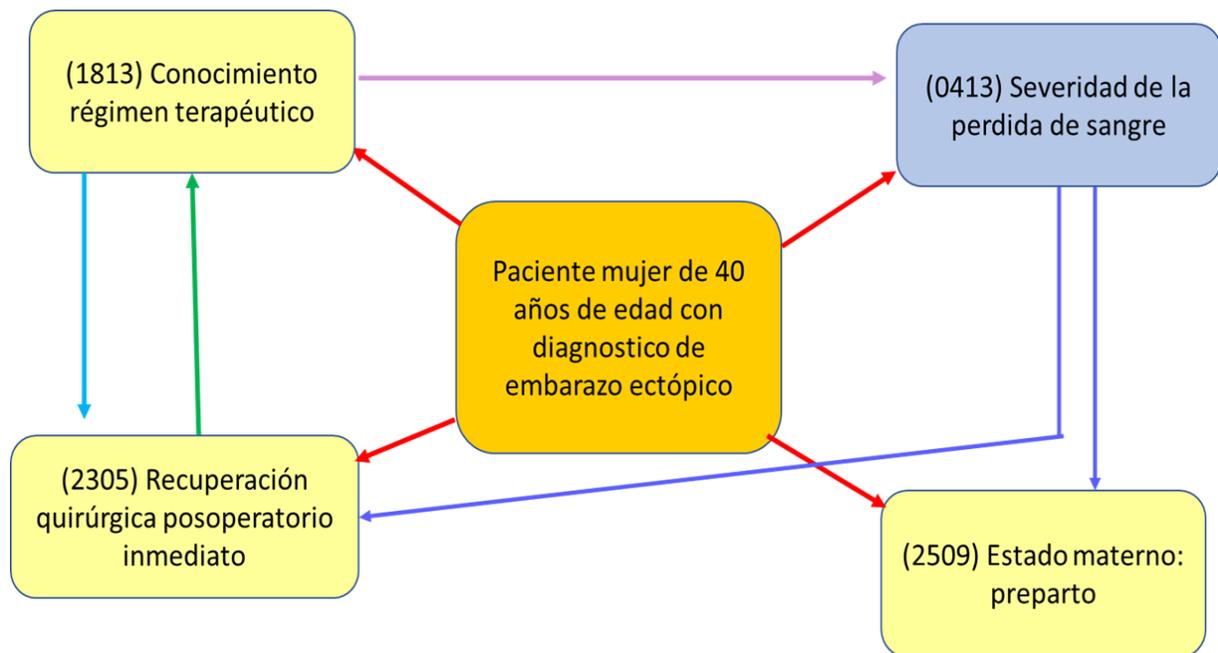
(2305) recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato

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 Método AREA



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

Justificación del NOC principal del RC Principal

Se identificó como riesgo de complicación principal (RCp) a la hemorragia, la cual se define como la “pérdida de gran 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” (Gómez Martínez & Carrillo Pineda, 2019).

Según, Valls I Soler et al. (1997) 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.

Cobo et al. (2019) menciona que, al producirse la rotura tubárica, esta se acompaña de hemorragia intensa, dando lugar al hemoperitoneo y al shock hipovolémico, afectando la anastomosis de las arterias tubáricas con la uterina ascendente. Es una de las complicaciones más comunes del embarazo ectópico y la principal causa de morbimortalidad.

Dulay (2022) dice que el embarazo ectópico puede causar una hemorragia potencialmente letal, y si se sospecha, la paciente debe ser evaluada y tratada tan pronto como sea posible. La incidencia de embarazo ectópico es de 2/100 embarazos diagnosticados.

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., 2019, 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 sanguínea.	4	5	24horas

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

Nota. 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

Nota. Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

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

Intervenciones (NIC) para el riesgo de complicación principal (RCp)

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., 2019, 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., 2019, 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., 2019, 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 24 horas organizado en 3 turnos de 6, 6 y 12 horas respectivamente; se utilizó el libro de Intervenciones de enfermería (NIC):

Tabla 5

Cronograma de intervenciones/actividades de enfermería embarazo ectópico

Fecha	Intervenciones/Actividades	Turnos		
		M	T	N
12/10/2021	(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)	→	→	→
	Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.	→	→	→
	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.	7 am	1pm	7pm
	(6680) Monitorización de los signos vitales	M	T	N
	Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.	→	→	→
	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.	→	→	→
	Monitorizar si hay cianosis central y periférica Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de datos del paciente.	→	→	→
	(2300) Administración de medicación	M	T	N
	Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación	→	→	→
	Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco	→	→	→
	verificar la indicación médica antes de administrar el fármaco	→	→	→
	Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.	→	→	→
	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) e acuerdo con el protocolo del centro.	→	→	→
	(5820) Disminución de la ansiedad	7am	1pm	7pm
	Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.	→	→	→
Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.	→	→	→	

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.	→	→	→
Escuchar con atención.	→	→	→
(4020) Disminución del sangrado	8	2	8
Identificar la causa de hemorragia.	→	→	→
Registrar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.	→	→	→
Mantener un acceso I. V. permeable.	→	→	→
Administrar hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), si está indicado	→	→	→
Monitorizar signos y síntomas de la hemorragia persistente (es decir, comprobar todas las secreciones en busca de sangre evidente u oculta)	→	→	→
(4260) Prevención del shock	M	T	N
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).	→	→	→
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 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 24 horas. Se observó el progreso de la paciente (evolución favorable del embarazo ectópico, 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 6

Puntuación del NOC principal del diagnóstico principal

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
Nivel del dolor	3	5	4	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 7

Puntuación de los indicadores del diagnóstico principal

INDICADORES	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(210201) Dolor referido	3	5	4	24 horas
(210204) Duración de los episodios del dolor	3	5	4	24 horas
(041316) Disminución de Hemoglobina.	3	5	4	24 horas
(210206) Expresiones faciales del dolor	3	5	4	24 horas

Nota. Elaboración propia, basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

Analizando los Resultados Obtenidos

Como se puede observar se ha logrado obtener la puntuación diana propuesta, siendo ésta al inicio una puntuación de 3, y tras un periodo de 24 horas, se obtuvo una puntuación de 4.

Hemos logrado por tanto disminuir significativamente el dolor en nuestra paciente.

En relación al dolor referido (210201), se puede afirmar que la paciente al inicio tuvo una puntuación de 3, cuando fue atendida en el servicio de emergencia y posteriormente a este hospitalizada en el servicio de Gineco obstetricia.

Respecto a (210204) duración de los episodios del dolor, podemos decir lo mismo que lo anterior, hemos alcanzado exitosamente la puntuación muy significativa en un plazo de 24 horas,

ya que reduciendo el nivel del dolor y el dolor referido se ha disminuido también la duración de esos episodios del dolor.

Con respecto a la inquietud (210208), provocada por el dolor agudo, se logró una puntuación de 4, esto se logró a través de las diferentes intervenciones realizadas, con la finalidad con la finalidad de disminuir o eliminar el dolor. de igual manera se resolvió las inquietudes de la paciente; así mismo se proporcionó la información necesaria sobre su estado de salud.

Por último, en lo que refiere a las expresiones faciales de dolor (210206), al igual que en los anteriores se consiguió que la paciente alcance una puntuación de 4, con lo cual se logró disminuir significativamente el dolor, así como también la duración de la misma. por lo que se logró cambiar la expresión facial; siendo esta última, una expresión facial positiva al final de los cuidados.

El principal problema que se identificó en la paciente fue el dolor agudo, este se ubicó en la zona de hipogastrio, siendo 7 sobre 10 en la escala numérica del dolor. Por lo que presentaba un nivel del dolor moderado, acompañado de una duración de los episodios del dolor, lo que le provocaba inquietud e incomodidad, además de lo que la paciente nos refería, nosotras también podíamos corroborarlo, ya que podíamos observar sus expresiones faciales del dolor. Tras realizar el conjunto de intervenciones como apoyo emocional, comodidad y confort físico la administración de analgésicos, etc., podemos decir que al alta de nuestra paciente saldrá con una valoración de 0 en la escala numérica del dolor. Cabe mencionar que se consiguió que tanto el NOC como sus indicadores hayan alcanzado una puntuación de 4; por lo que, a partir de las intervenciones de enfermería propuestas y realizadas conseguimos el objetivo de haber disminuir el dolor de nuestra paciente en un turno de 24 horas.

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 8

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.

Nota. Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

Tabla 9

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

Nota. Elaboración propia basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

Análisis de Resultados

Como se puede 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 el (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, a que la paciente aun continua con palidez, llegó a una puntuación alcanzada de 4. No alcanzando a la puntuación propuesta de 5, ya que la paciente se recuperará progresivamente.

En relación a *(041316) disminución de hemoglobina*, tuvo una puntuación inicial de 4; ya que la paciente continua con una hemoglobina de 9,1. 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 en estudio, ingresó al servicio procedente de emergencia, siendo hospitalizada posteriormente en el servicio de gineco-obstetricia. Presentando dolor agudo como consecuencia de embarazo ectópico, y riesgo de complicación (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 (Lazarte Ramos, 2022). Las complicaciones del embarazo ectópico, cuando este estalla o se rompe, la hemorragia puede ser grave e incluso poner en riesgo la vida de la gestante; cuanto más tarda la estructura en romperse, más es la pérdida de sangre y mayor el riesgo de muerte. Por lo tanto, implementar un buen plan de

cuidados nos da la independencia para recopilar información y tomar acciones que fortalezcan las debilidades o malestares en diferentes niveles : físico, emocional, espirituales y sociales.

En efecto, la aplicación de un 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 Chorda, 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 (Miranda-Limachi et al., 2019).

El riesgo de complicación (RC) de hemorragia es una de las complicaciones más frecuentes durante el desarrollo del embarazo y una de las principales causas de morbilidad fetal y materna. En este sentido las actividades de enfermería tienen un papel muy importante y están dirigidas a prevenir y evitar este problema. Como señala Murillo Torres (2020) el embarazo puede implicar graves riesgos para la gestante. las complicaciones del embarazo pueden ocasionar graves consecuencias e incluso llevar a la muerte de la madre y/o feto. Cada día, un promedio de 800 mujeres en todo el mundo muere por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y parto. El 99% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo y la mayoría en áreas 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 (Viera Rodríguez, 2020).

Existen una serie de habilidades que el profesional de enfermería que en sus actividades diarias le resultan imprescindibles, tales como: el autocontrol, el entusiasmo, la empatía, la automotivación, entre otros; 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 (González Sanz et al., 2018).

En el contexto de opiniones anteriores, fueron confirmadas por teóricas de enfermería como Jean Watson, quien propuso: el propósito de los cuidados de enfermería es permitir que las personas alcancen cierto grado de satisfacción y la armonía entre mente, cuerpo y alma, lo que crea un 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 (Hernández-Hernández et al., 2019).

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 (Chocña Trujillo, 2021).

En conclusión, la importancia de realizar una exhaustiva valoración de enfermería permite evitar riesgos de complicaciones y por consiguiente prevenir una secuela que podría

causar daños irreversibles en la paciente. Los cuidados que brinda el profesional de enfermería son de vital importancia para la evolución favorable de la paciente, a través de los cuidados diarios considerando a la paciente de manera holística, logrando mejorar la situación de salud e incorporarse de una manera rápida a su familia y sociedad.

Limitaciones

Las limitaciones que se encontraron durante el desarrollo del presente estudio se mencionan a continuación: El poco tiempo para hacer el seguimiento del caso en estudio ya que la gravedad de la situación en la que se encontraba la paciente y las consecuencias que conllevan a la inaccesibilidad para recabar información de la misma paciente, la familia además ubicarla fue una limitante en hacer el seguimiento en el estado de salud tanto físico como emocional de la paciente y solo lo empleamos el tiempo que estuvo hospitalizada. La limitación de autorización para ingreso de familiar. En el momento de 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. Así mismo se necesita de una atención integral con calidad y calidez, individualizada, jerarquizada y continua para lograr su pronta recuperación e integración a la sociedad.

Conclusiones

Es necesario empoderarse en el manejo del proceso de atención de enfermería en los eventos obstétricos. Se hace necesario el empoderamiento en el manejo de los cuidados de enfermería en eventos obstétricos, esto permitirá al profesional de enfermería una intervención oportuna y adecuada en el embarazo ectópico. El proceso de atención de enfermería (PAE) es de vital importancia e indispensable para operacionalizar los cuidados a realizar en el paciente, el cual consiste en realizar su valoración, el diagnóstico mediante las necesidades identificadas en

el paciente, planificación del cuidado enfermero en base al diagnóstico planteado, ejecución de la planeación y la evaluación de los resultados obtenidos (Meza Casallo, 2018).

La tríada clásica es la presentación de signos y síntomas más comunes que incluye sangrado vaginal, dolor abdominal y amenorrea. 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 permitirá actuar oportunamente para evitar complicaciones. (Dueñas Lozano y Livias Paredes, 2019).

La hemorragia es un riesgo de complicación del embarazo ectópico, el cual puede provocar un shock hipovolémico que puede 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. (Acho-Mego et al., 2018).

El manejo del dolor es el principal indicador de cuidado de calidad que enfermería brinda a un paciente, la presencia del dolor se evalúa principalmente mediante la comunicación verbal adecuada entre el profesional sanitario y el paciente siempre y cuando el paciente se encuentre consciente, esta valoración proporciona valiosa información del estado clínico del paciente, y conlleva a un adecuado análisis y la toma de decisiones para salvaguardar su salud (SickKids, 2022).

Tras encontrar los diagnósticos en relación con los patrones funcionales alterados y marcar los objetivos que se desearon cumplir, fue de vital importancia la priorización de actividades de las intervenciones de enfermería a través de los cuidados, los cuales fueron dirigidos al alivio del dolor y el control de hemorragias (Espinoza Diaz et al., 2019).

En cuanto a la evaluación del resultado del diagnóstico principal hemos logrado la puntuación alcanzada de +1, siendo esta al inicio una puntuación de 4; en el transcurso de un

periodo de 24 horas. Por lo tanto, con los cuidados brindados y el tratamiento indicado se logra controlar la hemorragia en la paciente. En cuanto a la evaluación del resultado del NOC del RC principal: hemorragia puntuación alcanzada de +1, siendo esta al inicio una puntuación de 3, y tras un periodo de 24 horas. Hemos logrado por tanto disminuir significativamente el dolor en nuestra paciente.

Referencias

Acho-Mego, S. C., Salvador Pichilingüe, J., Díaz-Herrera, J. A., y Paredes-Salas, J. R. (2011).

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 57(4), 243-257.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v57n4/a06v57n4.pdf>

Addi, M., Santiago-Cuadri Artacho, J., y Navarro Repiso, J. A. (2018). Embarazo Ectópico.

[http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual de urgencias y Emergencias/embecto.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf)

Leduc, D., Senikas, V., Lalonde, A. B., Leduc, D., Ballerman, C., Biringer, A., Delaney, M., Duperron, L., Girard, I., Jones, D., Lee, L. S.-Y., Shepherd, D. y Wilson, K. (2009). Active management of the third stage of labour: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage.

International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, (235), 258–267.

<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.11.002>

Pesut, D. J. y Herman, J. (1998). OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. *Nursing Outlook*, 46(1), 29–36. [https://doi.org/10.1016/s0029-6554\(98\)90022-7](https://doi.org/10.1016/s0029-6554(98)90022-7)

Almada Fernández, M. (2019). *Shock*.

[http://www.fmed.edu.uy/sites/www.dbc.fmed.edu.uy/files/9.Shock - M.Almada.pdf](http://www.fmed.edu.uy/sites/www.dbc.fmed.edu.uy/files/9.Shock-M.Almada.pdf)

American Cancer Society [ACS]. (2019a). *Factores de riesgo del cáncer de endometrio*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-endometrio/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>

American Cancer Society. (3 de enero, 2019b.). *Dolor agudo, crónico e intercurrente*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/dolor/otros-tipos.html>

American Cancer Society. (20 de noviembre, 2020). *Signos y síntomas del cáncer*. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/senales-y-sintomas-del-cancer.html>

Anicama Mendoza, K. L. (2019). *Histerectomía abdominal y vaginal Hospital María Auxiliadora, 2018* [Tesis de especialidad, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/4817>

Arapa Mamani, M. J., y Arce Larico, Y. (2019). *Inteligencia emocional y actitudes hacia la muerte en adultos mayores* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín]. Repositorio institucional. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8604>

Arce Pither, B. (2020). *Proceso de atención de enfermería en pacientes con fibrosis pulmonar del Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, 2019* [Tesis de bachillerato, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/6985>

Arias Ángel, M. A. (2018). *Intervención educativa de enfermería para la valoración en el paciente crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos de Hospital de Segundo nivel de atención* [Tesis de Especialidad, Universidad Autónoma de Guerrero]. Repositorio

institucional. <http://ri.uagro.mx/handle/uagro/2223>

Barone, L. R., Rodríguez, C. E., Ghiglioni, M. L., González, C. D., Luna, S. S., Cuenca, A. G., Soverón, P., y García, W. (2007). *Anatomía y fisiología del Cuerpo Humano*. Cultural Librería Americana S.A.

Batres, E. Y., Contreras, F. R., Pinel, S. M., Ardón, E. M., Nazar, S. Y., Silva, K., y Aguilar, R. (2016). *Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato* (vol. 3). Gobierno de la República de Honduras - Secretaría de Salud.

<http://www.bvs.hn/Honduras/PROTOCOLOS.ATENCION.PRECONCEPCIÓN.EMBARAZO.PARTO.PUERPERIO.NEONATO/VOLUMEN3.MANEJO.DE.LAS.COMPLICACIONES.OBSTETRICAS.pdf>

Bazán Machuca, D. (2019). *Nivel de conocimiento del Enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el área de recuperación post anestésica (urpa) del Hospital Regional de Cajamarca 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad San Pedro].

<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/14968>

Benito Fernández, F. J., Martínez Mejías, A., Velasco Zúñiga, R., Fernández Santervás, Y., García Herrero, M. A., De La Rosa Sánchez, D., Guerra Díaz, J. L., Pérez Cánovas, C. y Storch de Gracia Calvo, P. (2020). *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría* (3ra ed.). Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. <https://www.aeped.es/documentos/protocolos-urgencias-pediatricas>

Berrocoso Martínez, A., De Arriba Muñoz, L., y Arcega Baraza, A. (2019). Abordaje del dolor crónico no oncológico. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(3).

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-

695X2018000300154&lng=es&tlng=es

Bombón-Albán, P. E., y Suárez-Salazar, J. V. (2022). Manifestaciones cognitivas y neuropsiquiátricas de la COVID-19 en el Adulto Mayor con y sin demencia: Revisión de la literatura. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(2), 117–126.

<https://doi.org/10.20453/RNP.V85I2.4229>

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2019). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (7th Ed.). Elsevier.

Cabezas Esteban, M. Á. (2021). Dolor postoperatorio. Actualización enfermera. *NPunto*, 5(35), 86–99. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6026654dc0a5dart5.pdf>

Cala Hernández, F. J., y Gómez-Llusá García, R. (2020). *Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en Unidades de Cuidado Intensivo: Una revisión narrativa* [Tesis de bachillerato, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio institucional.

<http://hdl.handle.net/10486/684700>

Carrillo-Esper, R., Espinoza de los Monteros-Estrada, I., & Soto-Reyna, U. (2019). Ayuno perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38(1).

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=55668>

Castillo Abad, S. R. (2019). *Factores de riesgo que influyen en el embarazo de adolescentes que acuden al Centro de Salud San Ignacio, Cajamarca, 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional.

<https://hdl.handle.net/20.500.12802/6476>

Castillo Apaza, Y. P. (2018). *Factores de riesgo asociados con preeclampsia de gestantes atendidas en el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” en el periodo enero - diciembre, 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio institucional.

<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/6418>

Castro Ipiales, A. P. (2018). *Cumplimiento de la Normativa de Bioseguridad en el Servicio de Emergencia del Hospital San Vicente de Paul - Ibarra, 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio institucional.

<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8283>

Chávez Soto, I. L. y Guzmán Gala, D. (2019). *Percepción de las madres acerca de la calidad de atención de enfermería en el consultorio de CRED del Centro de Salud Justicia Paz y Vida - Huancayo 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada de Huancayo “Franklin Roosevelt”]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/20.500.14140/188>

Chocña Trujillo, P. (2021). *Proceso de atención de enfermería a paciente con diagnóstico médico insuficiencia respiratoria aguda de la unidad de cuidados intermedios Pediátricos de un hospital de Lima, 2020* [Tesis de especialidad, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/20.500.12840/4611>

Cobo, T., Del Rio, A., Mensa, J., Bosch, J., Ferrero, S., & Palacio, M. (2019). *Protocolo: Rotura prematura de membranas a término y pretérmino rotura prematura de membranas a término y pretérmino*. Centro de medicina fetal/neonatal de Barcelona.

<https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura-prematura-membranas.html>

Costa Romero, M., Lalaguna Mallada, P., & Díaz Gómez, N. (2019). Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Revista Española Salud Pública*, 93. <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201902006/>

Cruz Velazco, J. E. (2018). La calidad de vida laboral y el estudio del recurso humano: una reflexión sobre su relación con las variables organizacionales. *Pensamiento y Gestión*, 45,

58–81. <https://doi.org/10.14482/PEGE.45.10617>

Cun Ruiz, Y. L. (2018). *Factores de riesgo para placenta previa que inciden en gestantes y su proceso de atención de enfermería* [Universidad Técnica de Machala]. Repositorio institucional. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12018>

De Arco-Canales, O. del C. y Suarez-Calle, Z. K. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud*, 20(2), 171–182. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>

De la Cruz Alvarado, V. H. (23 de setiembre, 2019). *Destacan caso exitoso en la semana del Día Mundial del Donante de Médula Ósea*. Instituto Nacional de Salud Del Niño San Borja. <http://www.insnsb.gob.pe/blog/category/noticias-octubre/page/8/>

Domke P., R., Contreras-Domínguez, V., Contreras Chassin-Trubert, F., Carbonell-Bellolio, P., Domke P., R., Contreras-Domínguez, V., Contreras Chassin-Trubert, F., & Carbonell-Bellolio, P. (2018). Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(6), 635–642. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262018000600635>

Dónola Grados, M. I. (2018). *Características de la atención del aborto en el hospital regional de huacho 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. Repositorio institucional. <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/3961>

Dueñas Lozano, B. I., & Livias Paredes, L. V. (2019). *Nivel de conocimientos y aplicación de medidas de bioseguridad en el personal de enfermería del Hospital Barranca - Cajatambo, 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Barranca]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12935/45>

Dulay, A. (Octubre, 2022). *Embarazo ectópico: Ginecología y obstetricia*. Manual MSD Versión

Para Profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-del-embarazo/embarazo-ectópico>

Escobar-Castellanos, B. y Jara Concha, P. (2019). Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación*, 28(54), 182–202. <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.009>

Espinoza Diaz, C. y Alvarez Silva, S. (2019). Epidemiological behavior of cancer in children and adolescents: A narrative review. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(3), 350–356. https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_3_2019/19_comportamiento_epidemiologico.pdf

Espinoza Diaz, C. I., Amaguaya Maroto, G., Culqui Barrionuevo, M., Espinosa Moya, J., Silva Acosta, J., Angulo Procel, A., Rivera Pérez, J., & Avilés Jaya, A. C. (2019). Prevalencia, factores de riesgo y características clínicas de la parálisis cerebral infantil. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(6). https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/17_prevalencia.pdf

Espinoza Garita, S., Garnier Fernández, J. C., y Pizarro Alvarado, G. (2021). Generalidades del embarazo ectópico. *Revista Médica Sinergia*, 6(5). <https://doi.org/10.31434/RMS.V6I5.670>

Esteve - Pérez, N., Iborra - Escalona, J., Gómez - Romero, G., Sansaloni - Perello, C., Verger - Bennasar, A. M., Riera - Sagrera, M. y Mora - Fernández, L. C. (2020). Efectividad de la analgesia controlada por el paciente en el dolor agudo y crónico después de cirugía cardiaca: estudio prospectivo. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(1), 24–36. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3747/2019>

Ferrandiz Mach, M. (2018). Fisiopatología del Dolor. Hospital de La Santa Creu i Sant Pau

Barcelona. <https://www.scartd.org/arxius/fisiolor06.pdf>

Figueredo Borda, N., Ramírez-Pereira, M., Nurczyk, S., Diaz-Videla, V., Figueredo Borda, N.,

Ramírez-Pereira, M., Nurczyk, S. y Diaz-Videla, V. (2019). Modelos y Teorías de

Enfermería: Sustento Para los Cuidados Paliativos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*,

8(2), 22–33. <https://doi.org/10.22235/ECH.V8I2.1846>

Flores Velásquez, S. P. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con*

disfunción multiorgánica y sepsis de foco dérmico en la Unidad de Cuidados Intensivos

Pediátricos de un hospital de Chiclayo, 2018. [Tesis de especialidad, Universidad Peruana

Unión]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/20.500.12840/1837>

García-Viniegras, C. V., y González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su

relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6).

586-592. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n6/mgi10600.pdf>

Garita Cabañas, G. (2020). *Proceso enfermero en paciente con trasplante de médula ósea* [Tesis

de especialidad, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla]. Repositorio institucional.

<https://hdl.handle.net/20.500.12371/9663>

Carrillo Pineda, M. J. (2019). *Plan de cuidados de enfermería para pacientes con dolor en el*

postoperatorio inmediato del servicio de cirugía del hospital regional docente Ambato

[Tesis de licenciatura, Universidad Regional Autónoma de Los Andes]. Repositorio

institucional. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/10122>

González Álvarez, M. T., Martínez Picazo, M., Navarro Córcoles, L., Alcañiz Mesas, A. I.,

Fernández Cañadas, P., Bravo López, P. y Segura Cifuentes, A. (2018). *Valoración y*

manejo del dolor en el paciente oncológico y hematológico hospitalizado. Gerencia de

Atención Integrada de Albacete.

<https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo-valoracion-manejo-dolor-paciente-oncologico-hematologico-hospitalizado.pdf>

González Ortiz, S. P., Rodríguez Miranda, A. S., Aragón Morales, J. M., y Petersen Farah, A. (2018). *Plan de cuidados de enfermería estandarizado "PLACE" en pacientes con "pre eclampsia y eclampsia"*. Gobierno de Jalisco.

https://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/preclampsia_y_eclampsia.pdf

González Sanz, A., Martín Vaquero, Y. y Villar Bustos, C. (2018). Evidencias de los cuidados para NIC 3320 oxigenoterapia. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(3).

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2961>

Gorordo-Delsol, L. A., Merinos-Sánchez, G., Estrada-Escobar, R. A., Medvezky-Ordoñez, N. I., Amezcua-Gutiérrez, M. A., Morales-Segura, M. A., & Uribe-Moya, S. E. (2020). Sepsis y choque séptico en los servicios de urgencias de México: estudio multicéntrico de prevalencia puntual. *Gaceta Médica de México*, 156(6), 495–501.

<https://doi.org/10.24875/gmm.19005468>

Granados Reyes, Y. S. (2019). Factores de riesgo asociados a la Preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Victor Ramos Guardia - Huaraz 2016 [Tesis de especialidad, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio institucional.

<https://hdl.handle.net/20.500.12727/5097>

Guerrero Márquez, G., Miguez Navarro, M. C., Sánchez García, I., Plana Fernández, M. y Ramón Llácer, M. (2019). *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Urgencias de Pediatría: Manejo del dolor en urgencias pediátricas* (3ra ed.). Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP).

Herdman, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos enfermeros definición y clasificación 2018-

2020 (11va ed.). Elsevier.

Herdman, H., Kamitsuru, S., y Takáo Lopes, C. (2023). *Listado de Diagnósticos NANDA Actualizado 2021-2023*. Elsevier.

Hernández-Hernández, G., Reynoso-García, J. G., Hernández-Hernández, G. y Reynoso-García, J. G. (2019). Cuidado de enfermería postoperación de tromboendarterectomía pulmonar Bilateral. Estudio de caso fundamentado en los principios de Henderson. *Enfermería Universitaria*, 16(3), 322–334. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.710>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2018). *Metodología de la Investigación*. (6ta ed.). McGraw - Hill Interamericana Editores.

Hinkle Suddarth, J. L. y Cheever Brunner, K. H. (2019). *Enfermería médicoquirúrgica de Brunner y Suddarth* (14va ed.). Wolters Kluwer.

Hu Liang, H., Sandoval Vargas, J., Hernández Sánchez, A. G. y Vargas Mora, J. (2019). Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. *Revista Clínica de La Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 9(1), 28–36. https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v9i1.36490

INC. (2020). *Cambios en la piel y las uñas durante el tratamiento del cáncer- Efectos secundarios - Instituto Nacional del Cáncer*. Instituto Nacional Del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/cambios-piel-unas>

Infanzón Escobar, G. (2021). *Factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología de un hospital II – 2 de Ayacucho, 2020* [Tesis de especialidad, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/20.500.12840/4487>

International Association for the Study of Pain [IASP]. (2020). IASP Revises Its Definition of

- Pain for the First Time Since 1979. *International Association for the Study of Pain [IASP]*.
https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheets_R2.pdf
- Iturri, H. (2020). *Dolor*. <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2016/1/12/95394.pdf>
- Carpenito, L.J. (2017). *Manual de Diagnósticos de Enfermería* (15va ed.). Wolters Kluwer.
- Lazarte Ramos, G. D. R. (2022). *Intervención de enfermería en la prevención del delirium en pacientes de la UCI HRHD Arequipa - 2021* [Tesis de especialidad, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional.
<http://hdl.handle.net/20.500.12773/13977>
- Lendinez Romero, I. (2021). *Importancia del microambiente oxidativo en las alteraciones de los mecanismos de adhesión celular relacionados con el desarrollo de endometriosis. Papel de la exposición inadvertida a sustancias químicas con actividad hormonal* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/68182>
- Leyva Gutiérrez, K. (2019). *Manejo Quirúrgico del Embarazo Ectópico en Hospitales de TecSalud: Experiencia de 10 años* [Tesis de bachillerato, Tecnológico de Monterrey]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/11285/636295>
- Lopera-Vásquez, J. P. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciência y Saúde Coletiva*, 25(2), 693–702. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>
- López Cruz, F., Pérez de los Reyes Barragán, G. D. R., Tapia Ibáñez, E. X., Paz Cordero, D. C., Ochoa Morales, X., Cano Esquivel, A. A., Sánchez Calzada, A., & Montiel Falcón, H. M. (2018). Choque hipovolémico. *Medigraphic.Com*, 63, 48–54.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc181h.pdf>
- López Monsalvo, A., & Adame Pinacho, R. (2019). Endometriosis.

Marquina-Lujan, R. y Adriaola Casas, R. (2020). Autopercepción del estrés del personal de salud en primera línea de atención de pacientes con COVID-19 en Lima Metropolitana, Perú. *ACC CIETNA: Revista de La Escuela de Enfermería*, 7(2), 35–42.

<https://doi.org/10.35383/CIETNA.V7I2.391>

Mayo Clinic. (2020). *Embarazo ectópico: Diagnóstico y tratamiento*. Mayo Clinic.

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ectopic-pregnancy/diagnosis-treatment/drc-20372093>

Mayo Clinic (12 de marzo, 2022). *Embarazo ectópico: Síntomas y causas*. Mayo Clinic.

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ectopic-pregnancy/symptoms-causes/syc-20372088>

Melgarejo De La Cruz, E. A. (2018). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente postoperado de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado en la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018* [Tesis de Especialidad, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional.

<http://hdl.handle.net/20.500.12840/1417>

Meza Casallo, L. J. (2018). *Cuidados de Enfermería en el paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo, 2016* [Tesis de especialidad, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio institucional.

<https://hdl.handle.net/20.500.12848/577>

Middlesex Health (2023). *Embarazo ectópico*. Middlesex Health.

<https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/embarazo-ect-pico>

Ministerio de Salud [MINSA] e Instituto Nacional de Salud del Niño [INSN]. (2019, October).

Guías de Práctica Clínicas de la Fiebre en el Paciente Pediátrico. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud Del Niño San Borja. <http://www.insnsb.gob.pe/guias-de-practica-clinicas/>

MINSA. (2019). *Análisis de Situación de Salud del Perú 2019: Nacimientos Mortalidad Enfermedades*. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC). www.vitalstrategies.org

MINSA (2018). *Fundamentos de Salud Pública: Programa de entrenamiento en salud pública dirigido a personal del servicio militar voluntario* (Minchan Calderón, A., Vásquez León, B. G., Vásquez Arangoitia, C. L., Moreno Gutiérrez, D. L., Ordoñez Fuentes, F. de M., Rojas Arteaga, N. H., Torres Capcha, P. A., & Ponce Jara, R. N. col.). <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4514.pdf>

Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., Cajachagua-Castro, M., Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y. y Cajachagua-Castro, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Universitaria*, 16(4), 374–389. <https://doi.org/10.22201/ENEO.23958421E.2019.4.623>

Moltó Chorda, B. (2022). Proceso de atención de enfermería en un paciente con embarazo ectópico ovárico. Caso clínico - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.Com*, XVII (7). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-un-paciente-con-embarazo-ectopico-ovarico-caso-clinico/>

Montenegro Rosales, C. E. (2018). *Proceso de atención de enfermería en pacientes con factores de riesgo para preeclampsia severa en Post cesárea*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio institucional.

<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/11932>

- Monzón Castillo, E. P., Tejada Martínez, G., & Oliva García, A. B. (2019). Embarazo heterotópico espontáneo: Presentación de dos casos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65(3), 355–360. <https://doi.org/10.31403/RPGO.V66I2195>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. y Maas, M. L. (2019). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. (6th ed.). Elsevier.
- Morla Cabezas, A. (2021). *Rol de la enfermería en las unidades del dolor* [Tesis de bachiller, Universidad de Valladolid]. Repositorio institucional. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47713/TFG-H2229.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Murillo Torres, M. (2020). *Abordaje enfermero del embarazo ectópico* [Tesis de Grado, Universidad Católica de Murcia]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/10952/4953>
- Ñaupas Paitán, H., Mejía Mejía, E., Novoa Ramírez, E. y Villagómez Paucar, A. (2019). *Metodología de la Investigación: Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis*. (4ta ed.). Ediciones de la U.
- Nicole Velásquez-Morocho, B. I., Adriana Toro-Toledo, M. I., Johana Chamba-Tandazo III, M., Machala y de Oro, E. (2020). Embarazada con preeclampsia y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Propósito de un caso. *Polo Del Conocimiento*, 5(9), 493–505. <https://doi.org/10.23857/PC.V5I9.1706>
- Orellana Reyes, W. E. (2020). *Factores de riesgo asociados a preeclampsia en las pacientes del área del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” de Cojutepeque, El Salvador. De enero a junio del año 2018* [Tesis de maestría,

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua]. Repositorio institucional. <https://repositorio.unan.edu.ni/12535/>

Ortega-Zufiría, J. M., Sierra-Rodríguez, M., López-Ramírez, Y., Bernal-Piñeiro, J., Silva-Mascaró, D., Poveda-Núñez, P., Tamarit-Degenhardt, M., y López-Serrano, R. (2021). Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados en el Servicio de Neurocirugía de un Hospital Universitario Terciario en Madrid, España. *Revista Peruana de Investigación En Salud*, 5(2), 91–99. <https://doi.org/10.35839/REPIS.5.2.917>

Palacios Pabón, A. M. (2019). *Cuidado Humanizado a la paciente Gineco-Obstetra del Hospital San Vicente de Paúl, según la Teoría de Watson* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio institucional. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9502>

Paredes Chambi, Y. Y. (2019). *Intensidad del dolor postoperatorio y su manejo enfermero en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y convencional en un hospital* [Tesis de especialidad, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/7299>

Payet Meza, E. (2020). *Las enfermedades Neoplásicas y el Trasplante de Medula Ósea*. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). <https://portal.inen.sld.pe/jefatura-institucional/>

Pérez Garrido, A., Gómez Palomares, J. L. y Fabra Roca, P. (2021). *Salpingectomía: ¿cómo se extirpan las trompas de Falopio?* Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/salpingectomia/>

Pesut, D. J. y Herman, J. (1999). *Razonamiento clínico: el arte y la ciencia del pensamiento crítico y creativo*. Delmar.

Polanco Sosa, A. L. (2018). *Principales complicaciones en histerectomías abdominales y*

vaginales totales en el Hospital Universitario del 2013 – 2015 [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio institucional.

<http://eprints.uanl.mx/id/eprint/17433>

Reyes-Ticas, A. J. (2019). *Trastornos de Ansiedad Guía Práctica para Diagnóstico y Tratamiento*. <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

Rodas Molina, M. A. (2019). *Intervenciones del profesional de enfermería para la seguridad del paciente, en los servicios de emergencia* [Tesis de especialidad, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/7806>

Rodríguez Lara, A. G. (2020). Reporte de un caso: Muerte súbita de Origen Ginecobstétrico. *Medicina Legal de Costa Rica*, 37(2). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152020000200038&script=sci_arttext

Rojas Pérez, L. A., Rojas Cruz, L. A., Villagómez Vega, D. M., Rojas Cruz, A. E., y Rojas Cruz, A. E. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Revista Eugenio Espejo*, 13(2), 79–91. <https://doi.org/10.37135/EE.004.07.09>

Rueda Núñez, F. y Fariña Candal, C. (2018). Complicaciones Ambulatorias de la Cirugía de las Cardiopatías Congénitas. In *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Cardiología Pediátrica* (pp. 334–348). <http://www.telecardiologo.com/descargas/55789.pdf>

Salazar Chávez, J. J. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con desorden cerebro vascular por descartar en el Servicio de Emergencia de un hospital de Lima, 2018* [Tesis de especialidad, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/20.500.12840/1847>

Salinas, C., López, C. A., Ramírez, A., Torres, R., Mendoza, M. C. y Cuesta, D. P. (2018). Colectectomía por laparoscopia en colecistitis subaguda: análisis retrospectivo de

pacientes en un hospital universitario. *Revista Colombiana de Cirugía*, 33(2), 154–161.

<https://doi.org/10.30944/20117582.57>

Sánchez Bacilio, R. y Shica Cabrera, A. (2019). *Depresión y Ansiedad ante la Muerte en Adultos Mayores Violentados de la Ciudad de Trujillo* [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/30346>

Santillán Armas, Y. Y. (2018). *Factores de Riesgo relacionados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017*. [Tesis de licenciatura, Universidad Alas Peruanas]. Repositorio institucional.

<https://hdl.handle.net/20.500.12990/7291>

SickKids. (2022). *Dolor después de una operación*. About Kids Health.

<https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=1255&language=Spanish>

Sociedad Española de Fertilidad. (2020). Embarazo Ectópico.

<https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/embarazoEctopico.pdf>

Soto Falcon, M. R. (2018). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente postoperada de duodenopancreatectomía cefálica por neoplasia maligna de páncreas de la Unidad de Recuperación Post Anestésica de un hospital de Lima, 2018* [Universidad Peruana Unión].

[https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1429/Miriam_Trabajo_Académico_2018 .pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1429/Miriam_Trabajo_Académico_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Soto Verchér, M. (2014). Fundamentos del Cuidado En *Teselaciones: Historia y Fundamentos de Enfermería* (3ra ed.) (pp. 162-248). Universidad Nacional de San Luis.

Szuba, A., Jiménez-Armenteros, F. M., Argote-Camacho, A. y Capitán-Vallvey, J. M. (2019).

Técnicas quirúrgicas para el control de la hemorragia. *Cirugía Andaluza*, 30(1).

https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2019/Cir_Andal_vol30_n1_21.pdf

- Valls I Soler, A., López Herrera, M. C., López de Heredia y Goya, J., Román Echevarría, L. y Fernández-Ruanova, B. (1997). Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) neonatal. I. ¿Es realmente necesaria en nuestro país? *Anales españoles de pediatría*, 46(3). <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/46-3-12.pdf>
- Vargas-Hernández, M., Hernández Fierro, M. J. R., Ventura Quintana, V., & Tovar Rodríguez, M. J. (2018). Casos Clínicos: Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 82(3). <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n3/0717-7526-rchog-82-03-0338.pdf>
- Vernaza-Pinzón, P., Posadas-Pérez, L., & Acosta-Vernaza, C. (2019). Dolor y emoción, una reflexión para el profesional en ciencias de la salud. *Duazary*, 16(1), 155. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2639>
- Herdman, T.H. y Kamitsuru, S. (Eds.). (2019). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020* (11va ed.). Elsevier.
- Vicente Herrero, M. T., Delgado Bueno, S., Bandrés Moyá, F., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V, Capdevila García, L. y Teófila Vicente Herrero, M. (2018a). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 25(4), 228–236. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>
- Vicente Herrero, M. T., Delgado Bueno, S., Bandrés Moyá, F., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V, Capdevila García, L., & Teófila Vicente Herrero, M. (2018b). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 25(4), 228–236. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>
- Viera Rodríguez, P. D. (2020). *Cuidados de Enfermería en pacientes con histerectomía abdominal, Hospital General Guasmo Sur año 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad

Estatad Península de Santa Elena]. Repositorio institucional.

<https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6450>

Zarama-Márquez, F., Buitrón-García, R., Córdoba-Guacán, E., Cortés-Cortés, L. y Zarama-Eraso, M. A. J. (2019). Cornual ectopic pregnancy. Management combined with metotrexate and hysterotomy and laparoscopic evacuation. A case report. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 87(10), 676–679. <https://doi.org/10.24245/GOM.V87I10.2924>

Zavala Law, A. E. (2019). *Incidencia de retinopatía del prematuro en menores de 2000g nacidos en el Hospital Militar Escuela DR. Alejandro Dávila Bolaños del 1 de Enero al 31 de Diciembre del año 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Nicaragua]. Repositorio institucional. <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/11851>

Apéndice A. Valoración de Enfermería al Ingreso

Valoración de enfermería 11 patrones funcionales de Marjory Gordon - paciente gineco-obstetricia.

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	PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO
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 ()	Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ T: _____ °C Glucosa: _____ Hb: _____ AGA: _____ Piel y mucosa: sonrosado () pálida () cianótica () ictericia () tibias () 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 ()
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: _____

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 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^oA^o: _____ sin

í

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

3

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

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales
 N^o de deposiciones/día: _____ normal ()
 estreñimiento () diarrea ()
 incontinencia ()

Hábitos vesicales
 Frecuencia: _____ / día
 polaquiúria () disuria () nicturia ()
) proteinuria: _____ albumina en
 orina: _____
 Otros: _____
 _____ Comentarios adicionales:

<p>Aparatos de ayuda: ninguno() silla de ruedas() Otros: _____ Movilidad de miembros: conservada() flacidez() contracturas() parálisis() Fuerza muscular: conservada() disminuida() Comentarios adicionales: _____</p>	PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO
PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO	<p>Horas de sueño: _____ Problemas para dormir: sí () no() Especificar: _____ ¿Usa algún medicamento para dormir? Sí () No() Especificar: _____</p>
<p>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: _____</p>	PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS
	<p>Religión: _____ _____ Restricciones religiosas: _____ Solicita visita de capellán: sí () no() Comentarios adicionales: _____ _____ _____</p>
	<p style="text-align: center;">Nombre del enfermero: _____ Firma : _____ CEP: Fecha: _____</p>
	<p style="text-align: center;">TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:</p> <p style="text-align: center;">EXAMENES AUXILIARES:</p> <p style="text-align: center;">PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL: NST: _____ TST: _____ ECO: _____ Perfil biofísico: _____</p>

Fuente: Patrones Funcionales Marjory Gordon. Enfermería creativa [citado 3 marzo 2021].

Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/galeria/11-patronesfuncionales/>

Apéndice B. Consentimiento Informado

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

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Cuidados de enfermería a paciente con embarazo ectópico del Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021”. El objetivo de este estudio es Describir los cuidados de enfermería en pacientes con embarazo ectópico en el servicio de gineco-obstetricia. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Castañeda Guevara, Celia Lorena y Zelada Medina, María Hermelinda, bajo la asesoría de la Mg. Katherine Mescua Fasanando. 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: _____

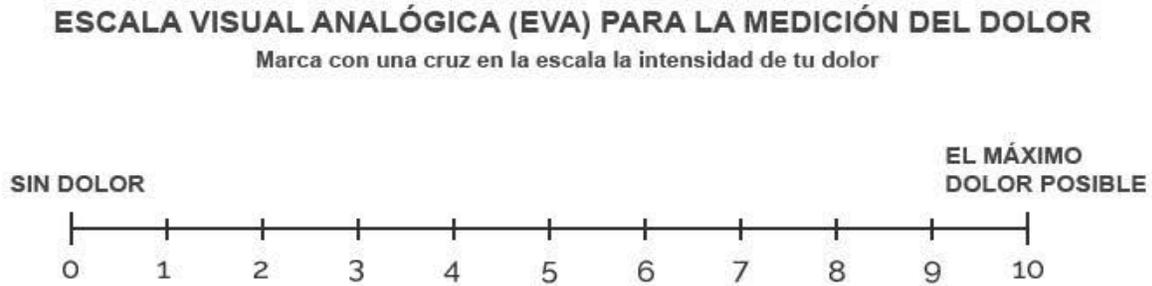
DNI: _____

Fecha: _____

Firma

Apéndice C. Escalas de Valoración

Figura C 1. Escala visual analógica para medir el dolor.



La valoración será:

- 1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- 2 Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- 3 Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

Figura C 2. Norma técnica de salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida	≤ 13.0			>13.0
2ª a 4ta semana de vida	≤ 10.0			>10.0
5ª a 8va semana de vida	≤ 8.0			>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses	< 13.5			13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	< 9.5			9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: RM N° 250-2017 MINSA.

Figura C 3. *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

Fuente: Gil M., García M., Ibarra A. Valoración Neurológica. Cp. 119 : (Gil M., 2011)

Puntuación: 15 Normal < 9

Gravedad 3 Coma profundo

Figura C 4. *Tabla de valoración nutricional según índice de masa corporal adultos*

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN IMC ADULTO MAYOR (≥ 60 AÑOS)



		CLASIFICACIÓN				
		PESO (kg)				
		Delgadez		Normal	Sobrepeso	
Puntaje MINI		0	1	2	3	3
IMC		< 19	≥ 19	≥ 21	> 23	≥ 28
Talla (m)		< 19	≥ 19	≥ 21	> 23	≥ 28

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna Talla, la talla del adulto mayor (varón o mujer).
- Compare el peso del adulto mayor con los valores de peso que aparecen en el recuadro y clasificar:

Valor del peso:	Clasificación	Puntaje para MINI
< al peso correspondiente al IMC 19	Delgadez	0
Está entre los valores de peso de IMC ≥ 19 y < 21	Delgadez	1
Está entre los valores de peso de IMC ≥ 21 y < 23	Delgadez	2
Está entre los valores de peso de IMC ≥ 23 y < 28	Normal	3
Está entre los valores de peso de IMC ≥ 28 y < 32	Sobrepeso	3
≥ al peso correspondiente al IMC 32	Obesidad	3

< : menor > : mayor ≥ : mayor o igual

Fuente: Guigoz Y, Vellos B, Garry P.J. Mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *facts, Fests Gerontol. (suppl nutrition)* 1994; second edition 15-59. En: OMS/OPS 2000, Aspectos Clínicos del Envejecimiento.

SIGNOS DE ALERTA:

- La pérdida de 2,5 kg en tres meses debe inducir a una nueva evaluación nutricional, porque pueden ser predictivas de una discapacidad.
- Cuando el IMC de normalidad varía en ± 1,5 entre dos controles consecutivos.
- Cuando el valor del IMC se aproxima a los valores límites de la normalidad.
- Incremento o Pérdida de Peso > a 1 kg en 2 semanas.
- Cambio de clasificación de IMC en sentido opuesto a la normalidad, por ejemplo: de Normal a Delgadez, de Normal a Sobrepeso o de Sobrepeso a Obesidad.

ADULTO MAYOR

		CLASIFICACIÓN					
		PESO (kg)					
		Delgadez			Normal	Sobrepeso	
Puntaje MINI		0	1	2	3	3	3
IMC		< 19	≥ 19	≥ 21	> 23	≥ 28	≥ 32
Talla (m)		< 19	≥ 19	≥ 21	> 23	≥ 28	≥ 32
1,30			32,1	35,4	38,9	47,3	54,0
1,31			32,6	36,0	39,5	48,0	54,9
1,32			33,1	36,5	40,1	48,7	55,7
1,33			33,6	37,1	40,7	49,5	56,6
1,34			34,1	37,7	41,3	50,2	57,4
1,35			34,6	38,2	42,0	51,0	58,3
1,36			35,1	38,8	42,6	51,7	59,1
1,37			35,6	39,4	43,2	52,5	60,0
1,38			36,1	39,9	43,9	53,3	60,9
1,39			36,7	40,5	44,5	54,0	61,8
1,40			37,2	41,1	45,1	54,8	62,7
1,41			37,7	41,7	45,8	55,6	63,6
1,42			38,3	42,3	46,4	56,4	64,5
1,43			38,8	42,9	47,1	57,2	65,4
1,44			39,3	43,5	47,7	58,0	66,3
1,45			39,9	44,1	48,4	58,8	67,2
1,46			40,5	44,7	49,1	59,6	68,2
1,47			41,0	45,3	49,8	60,5	69,1
1,48			41,6	45,9	50,4	61,3	70,0
1,49			42,1	46,6	51,1	62,1	71,0
1,50			42,7	47,2	51,8	63,0	72,0
1,51			43,3	47,8	52,5	63,8	72,9
1,52			43,8	48,5	53,2	64,6	73,9
1,53			44,4	49,1	53,9	65,5	74,9
1,54			45,0	49,8	54,6	66,4	75,8
1,55			45,6	50,4	55,3	67,2	76,8
1,56			46,2	51,1	56,0	68,1	77,8
1,57			46,8	51,7	56,7	69,0	78,8
1,58			47,4	52,4	57,5	69,8	79,8
1,59			48,0	53,0	58,2	70,7	80,8
1,60			48,6	53,7	58,9	71,6	81,9
1,61			49,2	54,4	59,7	72,5	82,9
1,62			49,8	55,1	60,4	73,4	83,9
1,63			50,4	55,7	61,2	74,3	85,0
1,64			51,1	56,4	61,9	75,3	86,0
1,65			51,7	57,1	62,7	76,2	87,1
1,66			52,3	57,8	63,4	77,1	88,1
1,67			52,9	58,5	64,2	78,0	89,2
1,68			53,6	59,2	65,0	79,0	90,3
1,69			54,2	59,9	65,7	79,9	91,3
1,70			54,9	60,6	66,5	80,9	92,4
1,71			55,5	61,4	67,3	81,8	93,5
1,72			56,2	62,1	68,1	82,8	94,6
1,73			56,8	62,8	68,9	83,8	95,7
1,74			57,5	63,5	69,7	84,7	96,8
1,75			58,1	64,3	70,5	85,7	98,0
1,76			58,8	65,0	71,3	86,7	99,1
1,77			59,5	65,7	72,1	87,7	100,2
1,78			60,1	66,5	72,9	88,7	101,3
1,79			60,8	67,2	73,7	89,7	102,5
1,80			61,5	68,0	74,6	90,7	103,6
1,81			62,2	68,7	75,4	91,7	104,8
1,82			62,9	69,5	76,2	92,7	105,9
1,83			63,6	70,3	77,1	93,7	107,1
1,84			64,3	71,0	77,9	94,7	108,3
1,85			65,0	71,8	78,8	95,8	109,5

< : menor > : mayor ≥ : mayor o igual

IMC = Índice de Masa Corporal
Valores de peso considerados con el primer decimal (sin redondear)
* > 23 : Valores de peso con el primer decimal correspondiente al IMC 23 + 0,1

Clasificación de Sobre peso y Obesidad según el IMC (OMS)	IMC
Normal	18.5 - 24.9
Sobre peso	25.0-29.9
Obesidad I	30.0 - 34.9
Obesidad II	35.0 - 39.9
Obesidad Extrema III	≥ 40

Fuente: who, 2000. obesity: Preventing and managing the global epidemic, report of a who consultation, 8whoTechnical report series N°894). OMS 1995: el estado físico, uso e interpretación de la antropometría, comité de expertos de la OMS Ginebra. (serie de informes técnicos 894).

Apéndice D. Modelo AREA / BIFOCAL

Figura D 1. Modelo ÁREA/ BIFOCAL

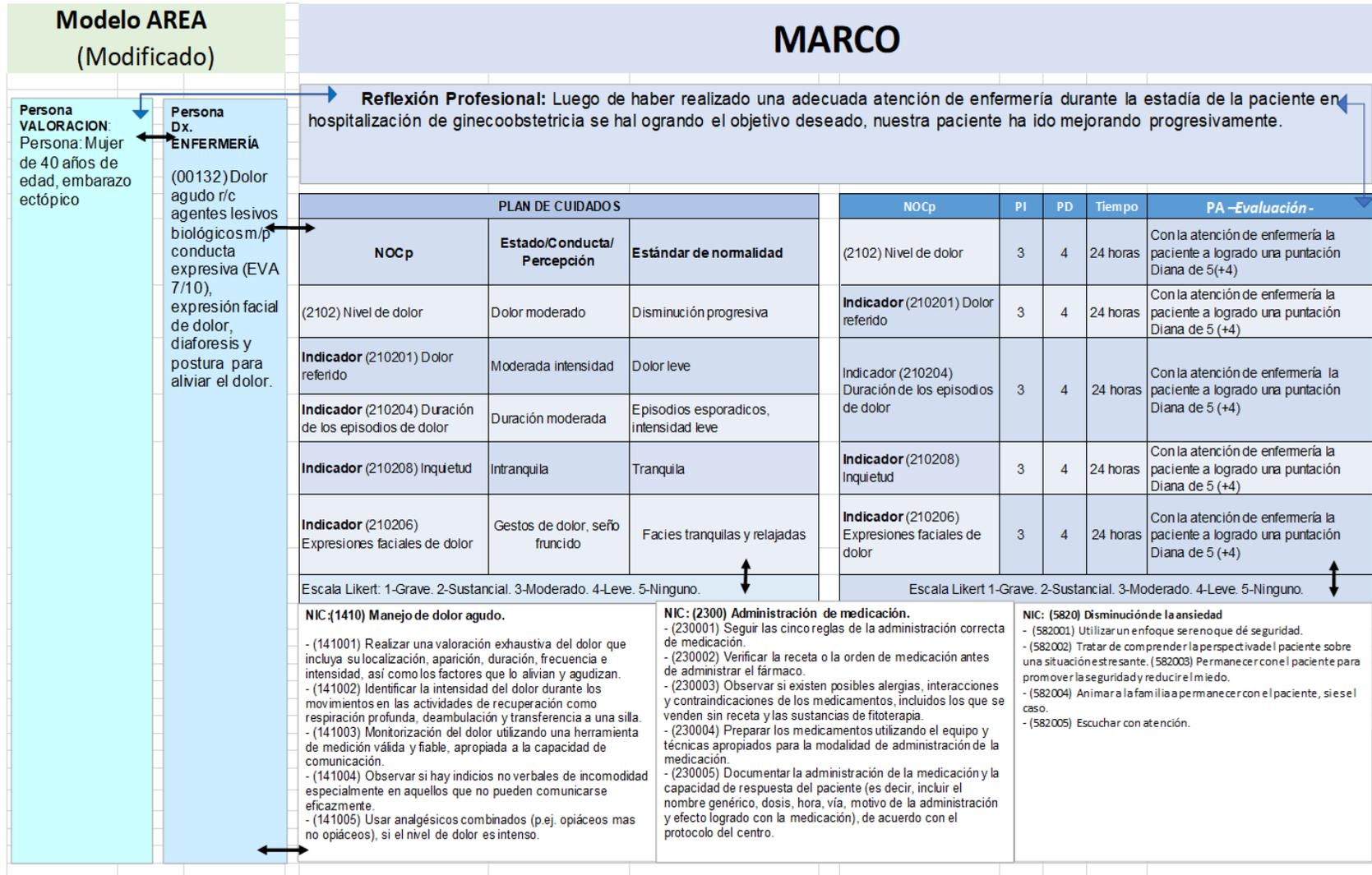


Figura D 2. Modelo ÁREA/ BIFOCAL

