

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería a paciente con embarazo ectópico
y abdomen agudo, del servicio de emergencia de ginecobstetricia de
un hospital de Lima, 2021**

Trabajo académico

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

Por:

Fidilberta Sladys Pérez Pacheco

Asesor:

Dra. Gloria Cortéz Cuaresma

Lima, febrero de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Mg. Gloria Cortéz Cuaresma, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: **“Proceso de atención de enfermería a paciente con embarazo ectópico y abdomen agudo, del servicio de emergencia de ginecoobstetricia de un hospital de Lima, 2021”**, constituye la memoria que presenta la licenciada Fidilberta Sladys Pérez Pacheco, para aspirar al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Gineco Obstetricia, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución. Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los dos días del mes de febrero de 2022.


Mg. Gloria Cortéz Cuaresma

Proceso de atención de enfermería a paciente con embarazo ectópico y abdomen agudo, del servicio de emergencia de ginecoobstetricia de un hospital de Lima, 2021

Trabajo académico

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


Mg. Gloria Cortez Caaresma

Lima, 02 de febrero de 2022

Proceso de atención de enfermería a paciente con embarazo ectópico y abdomen agudo, del servicio de emergencia de ginecoobstetricia de un hospital de Lima, 2021

Lic. Fidilberta Sladys Perez Pacheco ^a Dra. Gloria Cortéz Cuaresma^b

^a*Autora del trabajo académico, unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.*

^b*Asesora del trabajo académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

El embarazo ectópico y abdomen agudo consiste en la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, cuyas manifestaciones clínicas se presentan generalmente en la sexta y octava semana de la última fecha de menstruación. El presente estudio tuvo por objetivo gestionar el proceso de atención de enfermería a una paciente con embarazo ectópico y abdomen agudo. Para la recolección de datos se aplicó el instrumento de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, en los cuales se determinaron siete diagnósticos de enfermería, y se priorizaron los siguientes diagnósticos: dolor agudo, ansiedad y riesgo de shock. Asimismo, se plantearon planes del cuidado de enfermería y se efectivizaron las intervenciones y actividades planificadas. La evaluación y resultado se realizaron en función a la diferencia de puntuaciones final y basal. Luego de los cuidados administrados, se obtuvo una puntuación de cambio resaltando +1, +2 y +1, que posteriormente fueron mejorando con la administración de los cuidados. Se concluye que, según los problemas identificados, se pudo gestionar el cuidado de atención de enfermería con sus cinco fases, mejorando el estado de salud de la paciente.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, embarazo ectópico, abdomen agudo.

Abstract

Ectopic pregnancy and acute abdomen consists of the implantation of the fertilized ovum outside the uterine cavity, whose clinical manifestations generally appear in the sixth and eighth week of the last date of menstruation. The objective of this study was to manage the nursing care process for a patient with ectopic pregnancy and acute abdomen. For data collection, the Marjory Gordon functional pattern assessment instrument was applied, in which seven nursing diagnoses were determined, and the following diagnoses were prioritized: acute pain, anxiety and risk of shock. Likewise, nursing care plans were proposed and the planned interventions and activities were carried out. The evaluation and result were carried out based on the difference in final and baseline scores. After the administered care, a change score was obtained highlighting +1, +2 and +1, which subsequently improved with the administration of the care. It is concluded that, according to the problems identified, nursing care could be managed with its five phases, improving the patient's health status.

Keywords: Nursing care process, ectopic pregnancy, acute abdomen.

Introducción

El embarazo ectópico comprende un diagnóstico médico de urgencia y, en muchos casos, de emergencias ginecológicas. Del 1 al 2.6% de todas las gestaciones, su mortalidad aparece en 1 por cada 1.000 de los embarazos ectópicos. Asimismo, tiene una posibilidad de desencadenarse nuevamente en un 12%. En la actualidad, el embarazo ectópico va en aumento en países desarrollados (Severino, 2018).

En este caso, Huanacuni (2018) menciona, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo ectópico viene a ser una de las causas de hemorragias durante los primeros meses del embarazo, siendo un riesgo en la salud materna fetal. En el Perú, más del 50% de las gestantes que llegan a emergencia de ginecoobstetricia no fueron diagnosticadas oportunamente en su primera evaluación con embarazo ectópico, presentando un alto riesgo de morbimortalidad materna.

Cabe resaltar la importancia del proceso de atención de enfermería como un método sistemático y racional, aplicado en la práctica de enfermería; que identifica los problemas de salud reales, de riesgo o potenciales de la paciente. De esta manera permite aplicar planes de cuidados e intervenciones de enfermería, según las necesidades observadas. El PAE es cíclico, lo cual facilita la modificación del plan de cuidados si no se logró los objetivos que beneficien al paciente (Bautista, 2015).

Técnicamente, el embarazo ectópico y abdomen agudo, consiste en la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina; la fecundación normal del ovulo se realiza en la trompa de Falopio y la implantación se efectúa en el útero, pero en algunos casos se altera la permeabilidad de la luz de la trompa por diversos factores funcionales o mecánicos, siendo la migración del huevo lenta u obstaculizada, evitando

que el ovulo fecundado no llegue a la cavidad uterina, desencadenándose el embarazo ectópico (Aucapiña, 2016).

Siendo una de las causas de la morbimortalidad materna que se desarrolla en el primer trimestre de gestación, las manifestaciones clínicas se presentan generalmente entre la sexta y octava semana de la última fecha de menstruación (Severino, 2018). En esta situación, se rompe la estructura que contiene al blastocito, ocasionando sangrado que escaso o abundante, lo cual desencadena un shock hemorrágico llegando a un abdomen agudo. La sangre intraperitoneal conlleva a la irritación del peritoneo, y cuánto más tiempo permanece roto, habrá mayor volumen de sangre y se incrementa el riesgo de vida (Dulay, 2020).

Los síntomas característicos del embarazo ectópico y el abdomen agudo son: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal. La localización ocurre en un 95 % en la región ampular de las trompas de Falopio (Severino, 2018). Asimismo, los desencadenantes del embarazo ectópico se relacionan con los antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, inicio precoz de las relaciones sexuales, del uso de dispositivos intrauterinos, intervenciones ginecológicas y técnicas de fecundación in vitro, entre otras (Huanacuni, 2018).

El diagnóstico se realiza en base a la sintomatología clínica, los niveles séricos de subunidad B de gonadotropina coriónica humana (B-hCG) y la ecografía pélvica transvaginal (Aucapiña, 2016). En este caso, Morales (2018) manifiesta que el tratamiento médico es el metotrexate, siendo un antagonista del ácido fólico, que detiene la evolución celular, afectando a la síntesis del ADN al no ser sintetizado. En tal sentido, Severino (2018) menciona que este tratamiento se aplica si el saco gestacional

extrauterino es inferior a 3,5 cm, no se evidencia dolor, latido y los niveles de HCG en suero es inferior a 1.500 UI/L1, por no existir embarazo intrauterino viable. En opinión de Hu et al., (2018), el tratamiento quirúrgico será preferentemente conservador a través de la cirugía laparoscópica (salpingostomía o salpinguectomía) y, en algunos casos de inestabilidad hemodinámica, se optará por laparotomía.

En este sentido, el rol de la enfermera debe ser oportuno, eficaz y sistematizado, a fin de resolver las necesidades afectadas de la paciente con embarazo ectópico y abdomen agudo. Los cuidados de enfermería deben estar basados en conocimientos científicos, necesitando estrategias para una adecuada intervención mediante el uso de la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Esta permitió tomar la mejor decisión en favor de la estabilidad y recuperación del usuario (Melgarejo, 2018).

Metodología

El enfoque del estudio es cualitativo, tipo de estudio de caso único, el método fue el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que viene a ser una herramienta profesional que permite brindar cuidados de calidad al usuario, familia y comunidad, en forma individualizada y continua. Asimismo, las teorías de enfermería están basadas en cuatro metaparadigmas fundamentales como: persona, salud, entorno y cuidado; cuyo concepto varía según la teoría de enfermería elegida (De la Cruz, 2018).

El sujeto en estudio fue una paciente mujer de 31 años, diagnosticada con embarazo ectópico y abdomen agudo. El estudio se realizó en el servicio de emergencia de ginecología y obstetricia. La recopilación se realizó a través de la observación y entrevista. Para ello se utilizó una guía de valoración a través de los patrones

funcionales de Marjory Gordon. Asimismo, para el análisis de los datos según los patrones alterados, se seleccionaron tres diagnósticos de enfermería en emergencia de ginecobstetricia, se priorizó los diagnósticos de enfermería que se elaboraron en base de la taxonomía NANDA Internacional, y luego se elaboraron los objetivos y las intervenciones en base a la taxonomía NOC – NIC. A la evaluación se obtuvo una puntuación basal y puntuación de logro, como resultado de las intervenciones administradas en los tres diagnósticos prioritarios de enfermería, alcanzando una puntuación de cambio: +1, +2 y +1.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales

Nombres y apellidos: C. T. Z.

Sexo: Femenino

Edad: 31 años

Días de atención de enfermería: 02 días

Fecha de valoración: 04-09-2021

Motivo de ingreso: Paciente adulta, acude al servicio de emergencia de ginecobstetricia por presentar dolor abdominal 6/10 según escala de Eva, con escaso sangrado vaginal. Queda hospitalizada con el diagnóstico médico: embarazo ectópico y abdomen agudo.

Valoración por patrones funcionales

Patrón I: Percepción – control de la salud

Usuaría adulta, con regular estado de higiene, estado civil conviviente. Conoce su enfermedad de embarazo ectópico y abdomen agudo, y su tratamiento. Como antecedentes presentó tres episodios de infección del tracto urinario, completando su tratamiento. Presento dos gestaciones de parto eutócico, con controles completos y con vacunas completas. La paciente refiere: “dejé de cuidarme con la ampolla de tres meses”. Niega antecedentes quirúrgicos, transfusiones sanguíneas, alergias y consume bebidas alcohólicas ocasionalmente en reuniones.

Patrón II: nutricional metabólico

Paciente se encuentra despierta en NPO, con un peso 58 Kg, talla 1.54 cm, IMC: 24.47, temperatura 36.5°C, piel y mucosa pálida, semihidratada. No presenta náuseas ni vómitos, con abdomen distendido, doloroso a la palpación, con hemoglobina 10.1g/dl.

Patrón III: Eliminación

Paciente adulta, con micción espontánea, 200cc en 2 horas. Examen de orina completo. Células: regular cantidad. Gérmenes Positivos 1+. Presenta una deposición diaria, sin molestias al defecar.

Patrón IV: Actividad – ejercicio

Actividad respiratoria: Paciente adulta se encuentra ventilando espontáneamente FR: 22 X', Sat 96%, a la auscultación pulmonar; murmullo vesicular presente, no presenta crépitos ni ronquidos.

Actividad circulatoria: Paciente presenta ruidos cardiacos rítmicos, FC: 102 X', P/A 90/50, llenado capilar menor de 2", no se evidencia presencia de edemas.

Asimismo, se encuentra con grado de dependencia III, con regular estado de higiene, fuerza muscular disminuida en extremidades, se cansa con facilidad.

Patrón V: Descanso – sueño

Paciente adulta con horas de sueño conservado.

Patrón VI: Perceptivo – cognitivo

Paciente se encuentra despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, con Escala de Glasgow 15. Está consciente sobre su problema de salud, con expresión facial de dolor, abdomen distendido, doloroso a la palpación y con evaluación 6/10 según escala de Eva. Se encuentra en posición supina a fin de aliviar el dolor.

Patrón VII: Autopercepción – autoconcepto

Paciente se encuentra preocupada, temerosa por su estado actual de salud e intervención quirúrgica.

Patrón VIII: Relaciones – rol

Usuaría adulta de sexo femenino, estado civil conviviente, manifiesta: "me dedico a las labores del hogar, mi pareja es mi apoyo".

Patrón IX: Sexualidad - reproducción

Paciente con estado civil: conviviente. Inicio de relaciones sexuales a los 15 años, tuvo dos parejas sexuales. Refiere: "mi pareja es mi segundo compromiso, con el tengo mis dos hijas". Presentó 02 gestaciones por parto eutócico, siendo el primero hace 6 años y el segundo hace 4 años. Actualmente no recuerda la fecha de su última menstruación, por lo que refiere: "creo que [fue] hace siete semanas atrás y deje de

cuidarme con la ampolla de tres meses”. Presenta Sub-Unidad Beta (HCG) Cualitativo: Positivo. Ecografía transvaginal: Fondo de saco de Douglas. Abundante liquido en cavidad útero flotando, con escaso sangrado vaginal.

Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés

Paciente se encuentra preocupada, temerosa y triste por el estado actual de salud e intervención quirúrgica, refiriendo “nunca me operaron como saldré”.

Patrón XI: Valores y creencias

Paciente adulta, profesa la religión católica, refiere: “no tengo problemas con mi religión, si necesito sangre que me pasen no hay problema”.

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo.

Características definitorias: Expresión facial de dolor, abdomen distendido doloroso a la palpación con evaluación, 6/10 según escala de Eva. Se encuentra en posición supino a fin de aliviar el dolor.

Factor relacionado: Lesiones por agentes biológicos (abdomen agudo).

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes biológicos (abdomen agudo) evidenciado por expresión facial de dolor de 6/10 según escala de Eva, con postura para aliviar el dolor.

Segundo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad

Características definitorias: Preocupada, temerosa y triste por el estado actual de salud e intervención quirúrgica, refiriendo: “nunca me operaron, ¿cómo saldré?”.

Factor relacionado: Amenaza por el estado actual de salud.

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionada con amenaza por el estado actual de salud evidenciado con temor, tristeza, preocupación, refiriendo: “nunca me operaron, ¿cómo saldré?”.

Tercer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de shock.

Factor relacionado: sangrado, Hb: 10.1g/dl, hipotermia.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de shock según lo evidenciado por sangrado, hemoglobina 10.1 g/dl e hipotermia.

Planificación

Primer diagnóstico

NANDA [00132] Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes biológicos (abdomen agudo) evidenciado por expresión facial de dolor de 6/10 según escala de Eva, con postura para aliviar el dolor.

Resultados esperados

NOC [1605] control del dolor

Indicadores:

160502. Reconocer el inicio del dolor.

160504. Utilizar medidas de alivio no antiálgicos.

160527. Realizar técnicas efectivas de relajación.

160511. Refiere el dolor controlado.

Intervenciones de enfermería

NIC [1410] Manejo del dolor

Actividades:

14101. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya su localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.

14102. Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición.

14103 Incorporar las intervenciones no farmacológicas.

14104 Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.

14105 Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.

Segundo diagnóstico

NANDA [00146] Ansiedad relacionada con amenaza por el estado actual de salud evidenciado con temor, tristeza, preocupación, refiriendo: “nunca me operaron, ¿cómo saldré?”.

Resultados esperados

NOC [1402] Autocontrol de la ansiedad

Indicadores:

140219. Identifica los factores que desencadenan la ansiedad.

140220. Obtiene información para reducir la intensidad.

140201. Monitoriza la intensidad de la ansiedad que presenta.

140207. Utiliza técnicas de relajación para disminuir la ansiedad.

Intervenciones de enfermería***NIC [5820] Disminución de la ansiedad*****Actividades:**

58201. Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

58202. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

58203. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

58204. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

58205. Escuchar con atención.

58206. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se experimenta durante el procedimiento.

58207. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

58208. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

Tercer diagnóstico

NANDA [00205] Riesgo de shock según lo evidenciado por sangrado, hemoglobina 10.1 g/dl e hipotermia.

Resultados esperados***NOC [1908] Detección del riesgo*****Indicadores:**

190801. Identifica los signos y síntomas de riesgo.

190802. Reconoce los posibles riesgos para la salud.

190803. Verifica los riesgos percibidos.

190813. Verifica los cambios en el estado general de la salud.

Intervenciones de enfermería

NIC [4260] Prevención del shock

Actividades:

42601. Canalizar y mantener dos vías de calibre grande.

42602. Administrar líquidos mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis.

42603. Administrar concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado y/o plaquetas, según proceda.

42604. Vigilar las posibles fuentes de pérdida de líquidos (heridas, vómitos, aumento del perímetro abdominal, entre otros).

42605. Comprobar el estado circulatorio: presión arterial, color y temperatura de la piel, ruidos cardíacos, frecuencia y ritmo cardíaco, pulsos periféricos y relleno capilar.

42606. Comprobar los valores de laboratorio.

42607. Comprobar las respuestas precoces de compensación del shock.

Evaluación

Primer diagnóstico

Puntuación Basal: 3

Puntuación de cambio: + 1

Segundo diagnóstico

Puntuación Basal: 3

Puntuación de cambio: + 2

Segundo tercero

Puntuación Basal: 4

Puntuación de cambio: + 1

Resultados

En el proceso de enfermería aplicado a la paciente con diagnóstico médico, embarazo ectópico y abdomen agudo en el servicio de emergencia de ginecobstetricia, se identificaron siete diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron tres. Con respecto a la evaluación, se obtuvo una puntuación basal y puntuación de logro, como resultado de las intervenciones administradas en los tres diagnósticos prioritarios, logrando una puntuación de cambio: +1, +2 y +1.

Discusión

Dolor agudo

Es la experiencia emocional y sensorial incómoda relacionada al daño tisular real o potencial, 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 (Herdman, 2018-2020).

En este caso, García (2017) concibe al dolor agudo como la liberación de un número de neurotransmisores ante un estímulo nocivo o lesión tisular. A su vez, las señales nociceptivas después de haber llegado a la médula espinal se desplazan por los tractos espinotalámicos hasta llegar al tálamo y otros núcleos del sistema límbico, donde van a desencadenar las respectivas respuestas emocionales.

Por su parte, Illodo et al. (2017) refieren el dolor agudo como una sensación de alerta ante la existencia de una agresión, lo cual pone en marcha ciertos mecanismos de evitación o protección. Asimismo, pueden ir acompañados de hiperreactividad del

sistema nervioso autónomo, lo cual se manifiesta con la asociación del dolor agudo a la ansiedad y con signos físicos autonómicos, como palidez, sudoración, vómitos, hipertensión, taquicardia, entre otros.

Seguidamente, Otermin y Mercè (2015) mencionan al dolor como un conjunto de fases complejas y subjetivas, las cuales se diferencian en tres componentes: sensorial o discriminativo, afectivo- motivacional y cognitivo- evaluativo. El síntoma del dolor se relaciona mayormente con una enfermedad o lesión. Inmediatamente, Mejía (2018) 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, Arteaga (2018) 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. Es característico del embarazo ectópico el surgimiento de un dolor brusco en la zona pélvica, lo cual se irradia al hemiabdomen inferior. 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 (Severino, 2018).

Asimismo, en los cuidados de enfermería a pacientes con embarazo ectópico, se identifica que uno de los problemas más resaltantes es el dolor agudo por las intervenciones quirúrgicas, que constituyen el tratamiento de elección en gran mayoría, por ello la suma importante de la actuación rápida (De la Cruz, 2018). 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 dentro de las actividades de enfermería (Murillo, 2020).

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 (Severino, 2018).

Igualmente, Huanacuni (2018) 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.

Finalmente, Escobar et al., (2017) manifiestan que los factores de riesgo en esta patología, con valores estadísticos elevados, fueron: tener dos o más parejas sexuales, consumo de tabaco, ser multigesta, tener antecedentes de embarazo ectópico, entre otros. La característica clínica más resaltante el dolor abdominal pélvico.

La paciente en estudio, con diagnóstico médico de embarazo ectópico y abdomen agudo, una de las manifestaciones clínicas más significativas fue el dolor agudo según la valoración realizada, siendo aquel el primer diagnóstico prioritario de enfermería. Asimismo, los factores de riesgo en su caso fueron: el inicio precoz de

relaciones sexuales —refirió dos parejas sexuales— y tres episodios de infección del tracto urinario. En este caso, De la Cruz (2018) afirma que la atención de enfermería que brinda al paciente con embarazo ectópico en el área de emergencias según la priorización de las necesidades tiene como primer diagnóstico al dolor agudo R/C agente lesivo físico.

Asimismo, Severino (2018) encontró que la formulación del plan del cuidado de enfermería es de gran utilidad para mejorar el estado de salud de una paciente, teniendo como síntoma característico al dolor, según el patrón 6 cognitivo-perceptivo (dolor) alterado, por lo cual se realizaron las intervenciones de enfermería necesarias, logrando resultados favorables. Por último, Murillo (2020), al realizar el proceso de atención de enfermería, identificó los diagnósticos en base a patrones funcionales alterados, y según la valoración seleccionó como principal diagnóstico de enfermería al dolor agudo R/C agente lesivo.

A la luz de lo que expresa NANDA International 2018 – 2020, las características definitorias en relación de la paciente en estudio, ésta presenta dolor agudo con expresión facial de dolor, abdomen distendido y doloroso a la palpación, con evaluación 6/10 según escala de Eva. Se encuentra en posición supino para aliviar el dolor.

Dentro del plan de cuidados de enfermería, para la paciente en estudio con diagnóstico de enfermería de dolor agudo se encuentra como resultado esperado NOC, el control del dolor, con la escala de evaluación de: Nunca demostrado (1), Raramente demostrado (2); A veces demostrado (3), Frecuentemente demostrado (4) y Siempre demostrado (5) (Moordhead, 2019).

Por otro lado, cabe señalar la realización de las siguientes actividades con la paciente en estudio: valoración minuciosa del dolor que implique su localización, aparición, duración, intensidad y frecuencia, así como los factores que lo agudizan y alivian. Se cuantifica el dolor en la práctica clínica, y a su vez se establece la intensidad del dolor, así como sus características, las respuestas al tratamiento o a factores desencadenantes, utilizando herramientas de medición del dolor (Illodo et al., 2017).

Se monitorizó el dolor, aplicando una herramienta de medición. La valoración permanente permitió conocer el grado de dolor que manifiesta la usuaria, pues la escala del dolor EVA permite valorar de manera eficiente su intensidad y, a su vez, a cuantificar la percepción subjetiva del mismo (Melgarejo, 2018).

Asimismo, se incorporó las intervenciones no farmacológicas y la técnica de relajación proporcionó una disminución del dolor y la ansiedad. A través de la relajación se disminuyeron las actividades adrenérgicas y se produjo un incremento de las actividades parasimpáticas lo cual permite la disminución del dolor y la tensión (Illodo et al., 2017).

También se interrogó al usuario sobre el nivel de dolor que permita su comodidad, procurando mantenerlo en un nivel inferior o igual. Aquí es fundamental la orientación en la comprensión de los factores que contribuyan a la disminución del dolor y la promoción de métodos personales para lidiar con aquel con un mínimo estrés psicológico (Zaneti, 2020).

Además, se consultó al médico si las medidas empleadas para el control del dolor tienen efecto, dando a conocer al galeno las respuestas metabólicas,

psicológicas, neuroendocrinas y hemodinámicas ocasionadas por el inadecuado control del dolor del paciente (Pardo, 2006).

Ansiedad

Se entiende por ansiedad a una sensación vaga e intranquilizadora de amenaza o malestar que va acompañada de una respuesta autónoma, sentimientos de temor o miedo, ocasionado por la anticipación frente a un peligro. En síntesis, es una señal de alerta de percibir un peligro inminente (Herdman, 2018-2020).

Según Navas y Vargas (2012), la ansiedad es una emoción que se presenta ante situaciones inciertas, en las que se predice una posible amenaza y prepara a la persona para actuar, mediante una serie de reacciones fisiológicas, conductuales y cognitivas. En este mismo sentido, Lopez et al., (2006) refieren que es un sentimiento que forma parte de nuestra vida diaria, que es causada por peligros reales o posibles, ocasionando una alerta a la persona como parte de los mecanismos de adaptación, considerándose ello normal, a menos que se interponga en la normalidad del estilo de vida diaria, volviéndose patológica (Warren, 2020).

Asimismo, Delgado y Nuñez (2019) argumentan que toda persona ha pasado por estados de ansiedad, ya sea en niveles bajos o altos, de acuerdo con las circunstancias que se presenten. Seguidamente, Lopez et al., (2018) aducen que la ansiedad tiene dos componentes como respuesta: fisiologicamente, aparece la activación del sistema nervioso que prepara a la persona para actuar ante una situación amenazante, con una conducta de huida o lucha, así como el incremento de la FR, FC y la irrigación de los músculos que permiten reaccionar en caso de ser

necesario; el segundo componente es el cognoscitivo, que es la atención selectiva y enfocada a detectar amenazas.

Según la valoración realizada en la paciente del presente estudio, con diagnóstico médico de embarazo ectópico y abdomen agudo, una de las manifestaciones clínicas fue la ansiedad, siendo el segundo diagnóstico prioritario de enfermería. Los factores de riesgo incluyeron su enfermedad (embarazo ectópico y abdomen agudo) y la intervención quirúrgica inesperada, en lo cual se evidenció temor y preocupación, refiriendo que “nunca me operaron, ¿cómo saldré?”.

En este sentido, Cedeño (2020) realizó un estudio que manifiesta la importancia de la aplicación de proceso de atención de enfermería frente a esta patología, en el cual se brindó un cuidado oportuno y eficiente. Además, las intervenciones de enfermería se realizaron a través de las taxonomías de NANDA, la cual menciona que el patrón de la adaptación (tolerancia al estrés) de la paciente en estudio manifiesta una ansiedad controlable. Seguidamente, Alvarado y Broncano (2017) mencionan en cuanto a la gestión del cuidado en pacientes embarazadas con trastorno hemorrágico obstétrico más frecuentes (embarazo ectópico y mola hidatiforme), la aparición de cinco diagnósticos de enfermería entre los cuales destaca la ansiedad, en la que se realizó actividades encaminadas a satisfacer sus necesidades.

Dentro de los cuidados de enfermería que se brindó a la paciente en estudio con diagnóstico de ansiedad, se encuentra el resultado de NOC en el autocontrol de la ansiedad, con la escala de evaluación de: Nunca demostrado (1), Raramente demostrado (2); A veces demostrado (3), Frecuentemente demostrado (4) y Siempre demostrado (5) (Moordhead, 2019).

En este caso, se aplicó un método de serenidad más que de seguridad: el escuchar al paciente, aplicando empatía e identificando las necesidades psicológicas, fisiológicas y espirituales, permitirá resolver los problemas que se presenten (Sanchez, 2018). Por ello, se permaneció con el usuario a fin de transmitirle seguridad para reducir sus temores y miedos. Por ello, la preparación psicológica que se le brinda al paciente tiene gran predominio positivo en su estado anímico, lo cual se observa en la disminución de la ansiedad (Delgadillo, 2016).

De otro aspecto, se observó si la paciente presentaba signos no verbales y verbales de ansiedad. Las manifestaciones clínicas de la ansiedad en la paciente pueden ir acompañadas de componentes somáticos, hiperactividad simpática, alteración psíquica, las cuales se dan en tres dimensiones: fisiológica, cognitiva y motriz (Gavilán y Solano, 2018). Se animó a que ella manifieste sus percepciones, miedos y sentimientos; pues la comunicación y el dialogo permiten al paciente dar a conocer sus sentimientos, a finde brindar soporte durante todo el proceso hospitalario (Gavilán y Solano, 2018; Campos, 2015). Al detectar la variación en el nivel de ansiedad, se evidencian reacciones que permiten valorar los niveles de ansiedad en los niveles de bajo, mediano y alto (Ferrell, 2019).

Además, se enseñó al usuario el uso de las técnicas de relajación, lo cual proporciona una disminución de la ansiedad y del dolor. A través de la relajación se disminuye la actividad adrenérgica y se produce un incremento de la actividad parasimpática, lo cual ayuda a disminuir la tensión y el dolor (Illodo et al., 2017).

Riesgo de shock

Se define como susceptible a un aporte sanguíneo insuficiente hacia los tejidos corporales, lo cual puede desencadenar una disfunción celular que puede comprometer la salud (Herdman, 2018-2020). Igualmente, Procter (2021) menciona que el riesgo de shock es un estado de hipoperfusión de los tejidos, que ocasiona disfunción y muerte celular. Estos mecanismos pueden incluir un descenso del gasto cardiaco, volumen circulante y vasodilatación.

Seguidamente, Romo y Benito (2018) conciben a este tipo de riesgo como la disminución significativa de la perfusión tisular que condiciona a un descenso en el aporte de O₂ a los tejidos; esta carencia de O₂ tisular es al inicio reversible, pero si persiste puede establecerse en un estado de hipoxia celular que ocasiona una falla multiorgánica y muerte. En el contexto clínico sugerente del embarazo ectópico roto, parto, sangrado digestivo, entre otras patologías, implican pérdida de volumen circulante (Sánchez et al., 2019).

Por su parte, De la Cruz (2018) afirma que la rotura de la trompa de Falopio se produce por el incremento de la presión intratubárica, lo que dificulta el riego sanguíneo de la trompa, ocasionando necrosis tisular y a un estallido por corrosión vascular, lo cual se acompaña de hemorragia interna, hemoperitoneo y, en algunos casos, shock hipovolémico.

Morales (2018) manifiesta que, al presentarse un embarazo ectópico roto, ocurre un dolor intenso e irritabilidad en la zona peritoneal, lo cual puede encontrarse con un sangrado que cursa con anemia, la cual la llevaría a un shock hipovolémico. Así pues, Quispe (2018) 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.

Por ende, en el proceso de atención de enfermería en pacientes con embarazo ectópico, generalmente las manifestaciones clínicas se representan por la triada clásica de sangrado vaginal, amenorrea y dolor abdominal. Se presenta también la ruptura aguda de la trompa de Falopio, ocasionando sangrado hacia la cavidad peritoneal. Esto se caracteriza por un dolor intenso, con un cuadro de abdomen agudo que se acompaña de palidez, taquicardia, hipotensión, lipotimia y shock hipovolémico, en caso la hemorragia sea severa o incontenible (Huanacuni, 2018).

Por otro lado, Aucapiña (2016) refiere que, en el embarazo ectópico abdominal, el problema prioritario es el dolor abdominal y el shock hipovolémico, encontrando el BHCG positivo, y la ecografía FAST que muestra la presencia de líquido en la cavidad abdominal, con el embrión fuera de la concavidad uterina. Ante la evaluación física, la paciente se encuentra hipotensa, taquicárdica con piel y mucosas semihidratadas, con palidez generalizada y con facies de dolor.

En otro orden de cosas, Barroso (2017) afirma que las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico presentan, en la mayoría de casos entre la sexta a octava semana, cuadros de metrorragia interna, fondo de saco de Douglas abombado, hipotensión, taquicardia, anemia y hemoperitoneo, desencadenándose el shock hipovolémico si la hemorragia continua. Esta es generada por el retraso, desviación y/o imposibilidad de la migración del blastocito; y de la anticipación de la capacidad de implantación del blastocito.

En el estudio realizado por Villagómez y Tamayo (2020), se afirma que una paciente con problemas similares presentó dolor abdominal severo, con índice de choque y signos de irritación peritoneal en la ecografía (líquido libre en el hueco pélvico y el espacio de Morrison). El saco gestacional extrauterino se localizaba en el anexo izquierdo, y el feto no tenía latido. El diagnóstico médico fue abdomen agudo con embarazo ectópico roto, decidiéndose efectuar laparotomía exploratoria.

Por otro lado, la paciente en estudio presenta un diagnóstico médico de embarazo ectópico y abdomen agudo, siendo una de las manifestaciones clínicas más significativas el abdomen distendido (ecografía transvaginal y abundante líquido en cavidad uterina), con escaso sangrado vaginal, con piel y mucosa pálida, semihidratada, Hb: 10.1g/dl. y alteración de las funciones vitales. Según la valoración realizada, el riesgo de shock fue el tercer diagnóstico prioritario de enfermería. Asimismo, los factores de riesgo fueron el estallido de la estructura de la trompa que contiene al blastocito, desencadenándose el sangrado—sea escaso o abundante—lo cual conlleva a un shock hemorrágico. En este caso, la sangre intraperitoneal ocasiona la irritación del peritoneo, y cuánto más tiempo permanece roto, habrá mayor volumen de sangre y se incrementa el riesgo de vida (Dulay, 2020).

Finalmente, Satián (2020) afirma que la explosión de la trompa causa sangrado abundante en la cavidad pélvica, provocando la aparición de un shock hipovolémico, lo cual se convierte en un problema que deberá ser asistido con la mayor rapidez, debido a la pérdida sanguínea. Por ello, dentro de los cuidados de enfermería que se brindó a la paciente en estudio con diagnóstico de enfermería riesgo de shock, se encuentra el resultado esperado NOC, detección del riesgo, con la escala de evaluación de: Nunca

demostrado (1), Raramente demostrado (2); A veces demostrado (3), Frecuentemente demostrado (4) y Siempre demostrado (5) (Moordhead, 2019).

Se realizaron las siguientes actividades con la paciente en estudio: canalización de dos vías endovenosas de mayor calibre; permitiendo la administración de ciertos fármacos como la solución salina (CINa 0,9%) y el Ringer Lactato, los que se difunden en el espacio extravascular, por lo cual se requiere grandes volúmenes para una volemia adecuada (Rodríguez, 2016).

También, se administró líquidos por vía endovenosa, permitiendo el acceso a soluciones prescritas por el médico y, de esta manera, llevar un control adecuado de electrolitos, evitando que exista un desbalance hídrico (Ceballos, 2016). Seguidamente, se administró concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado y/o plaquetas según indicación médica, lo que permite sustituir o restaurar los componentes sanguíneos disfuncionales o deficientes (Gavilán, 2017).

Se constató que las posibles fuentes de pérdidas de líquidos son un incremento de sangrado vaginal, perímetro abdominal entre otros; la valoración permanente permite conocer la afección fisiopatológica generado por la pérdida rápida y significativa del volumen intravascular, lo que desencadena la inestabilidad hemodinámica (Aucapiña, 2016).

De igual manera, se monitorizo el estado circulatorio: P/A, color y temperatura corporal, ruidos cardiacos, frecuencia y ritmo cardiaco, presencia y calidad de los pulsos periféricos y llenado capilar. La valoración continua de las funciones vitales funciona como indicadores que permiten evaluar el funcionamiento global de nuestro organismo y detectar oportunamente los signos de alarma (Melgarejo, 2018).

Se verificó los valores de laboratorio y, frente al descenso de los parámetros normales, se permitió coordinar la disponibilidad de los hemoderivados para la transfusión, si fuera necesario. En caso persiste la inestabilidad hemodinámica, se deberá administrar un concentrado de hematíes, previo análisis de pruebas cruzadas. A su vez, en caso de gravedad extrema deberá usarse sangre o Rh negativo (Rodríguez, 2016). Finalmente, se comprobó las respuestas precozmente de compensación del shock, analizando los parámetros clínicos y de laboratorio; entre ellos el gasto urinario, temperatura, perfusión, frecuencia cardíaca y marcadores de inflamación (López, 2018).

Conclusiones

De acuerdo con los problemas identificados en la paciente en estudio, se aplicó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas o fases; permitiendo emplear estrategias en las intervenciones de enfermería a través de los cuidados. Asimismo, la adquisición de conocimientos científicos del embarazo ectópico y abdomen agudo, accedió identificar los factores desencadenantes, evolución y complicaciones del caso, lo cual admite implementar cuidados que ayuden a mejorar la calidad de atención del paciente.

Bibliografía

- Alvarado, A. y Broncano, R. (2017). Gestión del cuidado enfermero en pacientes embarazadas con trastornos hemorrágicos obstétricos más frecuentes (embarazo ectópico y mola hidatiforme). *Universidad Nacional de Chimborazo*.
- Arteaga, J. (2018). *Factores de riesgo y complicaciones del embarazo ectópico en pacientes atendidos en el hospital Matilde Hidalgo*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30913/1/CD%202175-%20ARTEAGA%20GALVEZ%2c%20JOSE%20DANIEL.pdf>
- Aucapiña, L. (2016). Embarazo ectópico abdominal y shock hipovolémico. *Universidad Técnica de Ambato*. Obtenido de: <file:///C:/Users/slady/OneDrive/Escritorio/REVISTAS/Aucapi%C3%B1a%20Rodr%C3%A Dguez%20Luz%20Cecilia.pdf>
- Barroso, E. R. (2017). El embarazo ectópico. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*. Obtenido de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/embarazo-ectopico-complicaciones-diagnostico/>.
- Bautista, R. (Mayo de 2015). *Instituto de ciencias y estudios superiores de Manaulipas, A.C. Antología teorías y modelos en Enfermería*. Obtenido de https://www.academia.edu/30862246/instituto_de_ciencias_y_estudios_superiores_de_t amaulipas_a_c_antolog%c3%8da_teor%c3%8das_y_modelos_en_enfermer%c3%8da
- Campos, G. (2015). Efecto de la consejería de enfermería en la disminución de la ansiedad en el paciente pre quirúrgico del servicio de cirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2013. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Obtenido de: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13576/Campos_Truyen_que_Gael_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Ceballos, K. (2016). Intervención de enfermería en las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el área de ginecología del hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta, periodo julio 2014 - julio 2015. *Uleam Universidad Laica*.
- Cedeño, N. (2020). Aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente adulta con embarazo ectópico abdominal a término en el área de obstetricia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús período 2018-2019. *Universidad Técnica de Babahoyo*. Obtenido de: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/7402>.
- Crisostomo, F. (2016). *Respuesta clínica y quirúrgica de mujeres con embarazo ectópico en el hospital II de Vitarte desde el 1 de enero al 31 de Octubre del 2015*. Obtenido de:

- https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/501/Crisostomo_f.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- De la Cruz, S. (2018). *Cuidados de enfermería a Pacientes con embarazo ectópico en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2015 - 2017*. Obtenido de <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/2891>
- Delgadillo, G. (2016). Nivel de ansiedad del paciente en el pre quirúrgico en el el servicio de cirugía de emergencia del Hopsital Regiona Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho - 2016. *Universidad Mayor de San Marcos*. Obtenido de: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5800/Delgadillo_yg.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
- Delgado, N. y Núñez, O. (2019). *Ansiedad y Afrontamiento en Estudiantes de una Universidad Privada de Lima Metropolitana*. Obtenido de <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2854/Ansiedad%20y%20Afrontamiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dulay, A. (2020). *Embarazo ectópico*. Obtenido de manual msd Versión para profesionales: https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/embarazo-ect%C3%B3pico#v1074103_es
- Escobar, B. P. (2017). Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro*, p.278. Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457750970002/457750970002.pdf>
- Ferrell, S. (2019). Ansiedad Preoperatoria, en Pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital de Huaycán, Lima, Perú, 2018. *Universidad Ricardo Palma*, <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3444>.
- García, A. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México 29(supl. 1)*, 77-85. Obtenido de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077.
- Gavilán, A. y. (2017). Enfermería en la administración de hemoderivados. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*. Obtenido de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-administracion-hemoderivados/>.
- Gavilán, C. y Solano, N. (2018). Efectividad de la visita perioperatoria en la ansiedad en la ansiedad del paciente quirúrgico en un hospital del Minsa mayo 2018. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*. Obtenido de: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3539/Efectividad_Gavilan_Hilario_Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- Herdman, T. K. (2018-2020). *NANDA. Diagnósticos Enfermeros* (Vol. 11° edición). Barcelona - España, España.: Elsevier.
- Hu, Sandobal, Hernandez y Vargas. (20 de Noviembre de 2018). *Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico*. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
- Huanacuni, M. (2018). *Factores de riesgo de embarazo ectópico en las pacientes de 18 a 45 años hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital III Puno EsSalud enero - diciembre 2017*. Obtenido de: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/10697>
- Illodo, G. Rojo, E. y Vieito, M. (2017). *Manual básico del dolor de la SGADOR para residentes*. Obtenido de https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf
- Loayza J., Benel, A., Zegarra G., Curay, J., y Siguenza K. (2018). Un caso de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea anterior . *Revista peruana de investigación Materno Perinatal*. Obtenido de <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/2018-2-caso-embarazo-ectopico-cicatriz>: DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2018119> .
- Lopez, A. Moreno L. Et al. (2006). *Manual de Farmacología Guía para el uso racional del medicamento*. Madrid - Barcelona: ELSEVIER 3° edición Pag. 37-38. Obtenido de https://books.google.com.pe/books?id=N6Ps8u0zHtQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- López, F. P. (2018). Choque hipovolémico. *Medigraphic*, 63(1), p. 48-54. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc181h.pdf>
- Lopez, F. Perez, G., Tapia, E. Paz, D., Ochoa X. Cano, A., y otros. (2018). Choque hipovolémico. *Medigraphic*, p. 48 - 54. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc181h.pdf>
- Macías, C. (2011). Actuaciones de enfermería de urgencias ante situaciones de crisis de ansiedad. *Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias*, P.07. Obtenido de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2011/pagina7.html>
- Mejía, J. (2018). *Beneficios del uso de metotrexato vs. del tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico no complicado en el instituto nacional materno perinatal durante los años 2014-2015*. Obtenido de <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1285/192-JMEJ%C3%8DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Melgarejo, E. (2018). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pos operado de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado en la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018*. Obtenido de Universidad Peruana Unión: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1417>
- Moordhead, S. et al. (2019). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. España: ELSEVIER 6° Edición. pág. 273 - 274.
- Morales, M. (2018). *Manejo de las complicaciones en el embarazo ectópico*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36313>
- Murillo, M. (2020). *Abordaje enfermero de embarazo ectópico*. Obtenido de <http://repositorio.ucam.edu/handle/10952/4953>
- Navas, W. y Vargas, M. (2012). trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y centroamerica LXIX.* , (604) 497-507.
- Otermin P. y Mercé, M. (2015). *Manual de tratamiento del dolor* (Tercera ed.). (E. Catalá, Ed.) Barcelona - España: PERMANYER. doi:ISBN: 978-84-9926-842-2
- Pardo, C. (2006). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, 30(8) 379 - 385. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004
- Procter, L. (15 de diciembre de 2021). *Manual MSD*. Obtenido de Shock: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/shock-y-reanimaci%C3%B3n-con-l%C3%ADquidos/shock>
- Quispe, R. (2018). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el área de ginecología y obstetricia del hospital regional de Ayacucho periodo septiembre 2017-septiembre 2018*. Obtenido de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11076/Quispe_Vargas_Rosa_Senaida.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, C. (2016). Shock hipovolémico secundario a hemorragia. *Universidad Técnica de Ambato*, <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23862/2/Rodr%C3%ADguez%20Medina%20Carlos%20Mauricio%20%28f%29.pdf>.
- Romo, J., y Benito, C. (2018). Manual de urgencias. En C. Bibiano, & G. Saned (Ed.), *Shock* (tercera ed., pág. P. 285). Madrid: Saned. doi:ISBN: 978-84-978-84-16831-98-2

- Sánchez, D., Lara B, Clausdorff H., y Guzmán A. (2019). Generalidades y manejo inicial del shock. *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas.*, 44(1), 66–76. doi:<http://dx.doi.org/10.11565/arsmed>
- Sanchez, S. (2018). Proceso cuidado enfermero al adulto en etapa perioperatoria con diagnóstico estrés por sobrecarga y ansiedad. *Universidad Autónoma De San Luis Potosí* , <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4612/lucero.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Satián, M. (2020). *Estrategia de intervención de enfermería en pacientes con laparotomía exploratoria por embarazo ectópico atendidas en el servicio de centro obstétrico del hospital gineco-obstétrico y pediátrico de nueva Aurora Luz Elena Arismendi, de la ciudad de Quito* . Obtenido de <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/11708/1/TUAEXCOMMEQ002-2020.pdf>
- Severino, P. (2018). *Proceso de atención de enfermería en pacientes con embarazo ectópico*. Obtenido de UTMACH: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13183>
- Villagómez, E. y. (2020). Hemorragia obstétrica y rotura uterina por un embarazo intersticial. Reporte de un caso. *Scielo*, p.707-712. doi:<https://doi.org/10.24245/gom.v88i10.4160>
- Warren, J. (2020). *Generalidades sobre los trastornos de ansiedad* . Obtenido de Manual MSD Versión para profesionales : <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>
- Zaneti, P., Martínez T., y Castillo D. (2020). El dolor: algunos criterios desde la Psicología. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892020000200004&lng=es&tlng=es.

Apéndice

Apéndice A: Plan de cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN		
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio	
Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes biológicos (abdomen agudo) evidenciado por expresión facial de dolor de 6/10 según escala de Eva, con postura para aliviar el dolor. NANDA P.468	Resultado: Control del dolor (Cód.1605)	3	Mantener en: Aumentar a: 4	Intervención: Manejo del dolor. (Cód.1410) Actividades				4	+1	
	Escala: "Nunca demostrado" (1) a "siempre demostrado" (5)			14101 Se realizó la valoración minuciosa del dolor que implique su localización; aparición, duración, intensidad y frecuencia, así como los factores que lo agudizan y alivian		→				
	Indicadores									
	160502 Reconocer el inicio del dolor.	4			14102 Se monitorizó el dolor, aplicando una de las herramientas de medición		→		5	
	160504 Utilizar medidas de alivio no antiálgicos.	3			14103 Se incorporó las intervenciones no farmacológicas.		→		4	
	160527 Realizar técnicas efectivas de relajación.	3			14104 Se interrogó al usuario sobre el nivel de dolor que permita su comodidad; tratarlo apropiadamente, procurando mantenerlo en un nivel inferior o igual		→		4	
	160511 Refiere dolor controlado	3			14105 Se consultó al médico si las medidas empleadas del control del dolor no tienen efecto		→		5	

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN		
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diaria	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio	
<p>Ansiedad relacionada con amenaza por el estado actual de salud evidenciado con temor, tristeza, preocupación, refiriendo "nunca me operaron, ¿cómo saldré?."</p> <p>NANDA P.352 INNN p. 111</p>	Resultado: Autocontrol de la ansiedad (Cód.1402)	3	Mantener en:	Intervención: Disminución de la ansiedad (Cód.5820)				5	+2	
	Aumentar a: 4		Actividades							
	Escala: "Nunca demostrado" (1) a "siempre demostrado" (5)			58201 Se aplicó un método de serenidad que de seguridad.		→				
	Indicadores:			58202 Permaneció con el usuario para fomentar la seguridad y, de esta manera, reducir el temor o miedo.		→				
	140219 Identifica los factores que desencadenan la ansiedad.	4		58203 Se observó si presenta signos no verbales y verbales de ansiedad.		→		5		
	140220 Obtiene información para reducir la intensidad.	4		58204 Se animó a que manifieste sus percepciones, miedos y sentimientos.		→		5		
	140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad que presenta.	3		58205 Se brindó escucha activa.		→		5		
	140207 Utiliza técnicas de relajación	3		58206 Se dio a conocer todos los procedimientos, incluyendo las		→		4		

	para disminuir la ansiedad.			posibles sensaciones que experimentarían durante el procedimiento a realizar.					
				58207 Se detectó la variación en el nivel de ansiedad.		→			
				58208 Se enseñó al usuario sobre el uso de las técnicas de relajación.		→			

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Riesgo de shock relacionado con abdomen distendido (ecografía transvaginal; abundante líquido en cavidad uterina), con escaso sangrado vaginal, con piel y mucosa pálida, semihidratada, Hb: 10.1g/dl. y alteración de las funciones vitales. NANDA P.431	Resultado: Detección del riesgo (Cód. 1908)	4 (3.75)	Mantener en: Aumentar a: 4	Intervención: Prevención del shock (Cód.4260) Actividades				5	+1
	Escala: "Nunca demostrado" (1) a "siempre demostrado" (5)			42601 Se canalizó dos vías endovenosas de mayor calibre.		→			
	Indicadores			42602 Se administraron líquidos por vía endovenosa.		→			
				42603 Se administraron concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado y/o plaquetas según indicación médica.		→			
	190801 Identifica los signos y síntomas de riesgo.	4		42604 Se observaron las posibles fuentes de pérdidas de líquidos (incremento de sangrado vaginal, perímetro abdominal entre otros)		→		5	
	190802 Reconoce los posibles riesgos para la salud.	4		42605 Se monitorizó el estado circulatorio: P/A, color y temperatura corporal, ruidos cardíacos, frecuencia y ritmo cardíaco, presencia y calidad de los pulsos periféricos y llenado capilar.		→		5	
	190803 Verifica los riesgos percibidos.	4		42606 Se verificaron los valores de laboratorio.		→		5	
	190813 Verifica los cambios en el estado	3		442607 Se comprobaron las respuestas precozmente de compensación del shock.		→		5	

	general de la salud.								
--	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Apéndice B: Guía de valoración

REGISTRO DE ENFERMERIA DE INGRESO – SERVICIO DE HOSPITALIZACION GINECO - OBSTETRICIA

Nombres y apellidos: C. T. Z. R		Edad: 31 años	Nº Cama: 01
Domicilio: Mz. G Lt. 07 Santa Anita		Teléfono:	
F. de ingreso: 04- 09- 2021	H. de ingreso: 18:40	Tipo de atención: SIS (x) ESSALUD () PARTICULAR ()	
Traído por: Familiar (x) Enfermera () Técnica de Enfermería () Otros () H.C.873233			
Procedencia: Emergencia (x) Consultorios () UCI () SOP () Otro ()			
Condiciones de ingreso al servicio: Caminando () Silla de Ruedas (x) Camilla () Otros ()			
Grado de Dependencia: I - II - (III) - IV		Reacciones Alérgicas – Niega Rh. Fac.: (O+)	
Diagnóstico Médico: Embarazo ectópico y abdomen agudo.			

Funciones vitales / Turno	M	T	N	M	T	N
Temperatura		36.5		Frecuencia respiratoria		22
Presión arterial		90/50		Saturación de oxígeno		96%
Frecuencia cardíaca		102				

PATRON N°1: PERCEPCION - CONTROL DE LA SALUD		M	T	N	PATRON N°3: SEXUALIDAD/REPRODUCCION		M	T	N	
Conoce su enfermedad. actual: Si (x) No ()			x		G...02. P.02 CPN:... FUR: no recuerda apr. (7sem.)			x		
Conoce su tratamiento: Si (x) No ()			x					x		
Antecedentes Patológicos	HTA				Mamas	Simétricas			x	
	Asma					Asimétricas				
	TBC					Sensibles				
	Diabetes					No sensibles				
	Preeclampsia					Turgentes				
	Eclampsia					Blandas				
	Abortos					Con vendaje				
	Gastritis/Ulcera					Secretantes: Calostro () L. Madura () Otros ()				
	VIH					Pezones: Formados () Agrietadas ()				
	VDRL					Puérpera: Inmediata () Mediata () Tardía ()				
COVID 19				Útero	Contraído					
Otros: ITU (03 episodios)		x			No contraído					
Anteced. quirúrgicos: Si () NO (X)			x		Atonía					
Cesárea () BTB ()					Ausente					
Otros:				Altura Uterina	A nivel de CU					
Alergias y otras reacciones: SI () NO (X)			x		Arriba de CUcm					
Factores de Riesgo	Consumo de tabaco				Debajo de CUcm					
	Consumo de alcohol ocas.		x		Hematoma					
	Consumo de drogas				Prolapso					
HIGIENE: Bueno () Malo () Regular (X)			x		Edema:/+++					
Usa algún medicamento: SI () NO ()				Sangrado Vaginal:			x			
¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec.Ultima dosis				Escaso (x) Moderado () Abundante ()			x			
.....				Tapón Vaginal: SI () NO (x)			x			
.....				Loquios: Hemáticas () Serohemáticas () Ambos ()						
PATRON N°2: ACTIVIDAD - EJERCICIO					PATRON N°4: NUTRICIONAL - METABÓLICO					
Actividad Respiratoria					Peso:58 kg Talla:1.54cm.					
Respiración: Superficial () Profunda ()					Piel					
Disnea: En reposo () Al ejercicio ()					Coloración					
Se cansa con facilidad: SI (X) NO ()										
Tos: Seca () Moviliza secreciones ()										
Apoyo Ventilatorio: CBN () M. Reserv.()										
Actividad Circulatoria	Pulso rítmico				Hidratación	Normal				
	Pulso arrítmico			x		Pálida			x	
	Bradicardia					Rubicunda				
	Taquicardia		x		Cianótica					
Llenado Capilar: < 2" (X) > 2" ()					Int. Cutánea: Intacta () Lesiones ()					
Palidez Facial ++/+++					Herida Operatoria					
Edema: SI () NO (X) Loc.:										
+ () ++ () +++ ()										
Catéter Venoso Periférico	Viable				Presencia de Dren	Afrontada				
	Flogótico					Abierta				
	Infiltrado					Con Apósitos: SI () NO ()				
Fluidoterapia	CI Na 0.9% + Agreg.				Infectada: SI () NO ()					
	Dext. 5% + Agreg.				Tubular					
	Inf. Sulfato de Mg				Laminar					
					Penrose					
					Hemovac					

.....PATRON N°2: ACTIVIDAD - EJERCICIO		M	T	N	...PATRON N°4: NUTRICIONAL - METABÓLICO		M	T	N
Capacidad de Autocuidado					Cavidad Bucal				
Reposo	Absoluto		X		Dentadura	Completa		X	
	Relativo					Incompleta			
	Deambula					Prótesis			
Aparatos de Ayuda	Ninguno				Cambio de Peso durante últimos días				
	Silla de Ruedas				Peso	Normal			
	Otros					Bajo Peso			
				Sobrepeso			X		
Movilidad de Miembros	Conservada				Obesidad				
	Flacidez				NPO (x)	Dieta:.....			X
Fuerza Muscular: Conser.()Disminuida(X)			X		Nauseas () Vómitos ().....				
PATRON N°5: PERCEPCION COGNITIVO					PATRON N°8: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO				
E.C.Glasgow: AO(4) RV(5) RM(6)			X		Abdomen	Blando/Depresible			
Orientado	Tiempo					Doloroso		X	
	Espacio					Distendido		X	
	Persona				Globuloso				
Deficit: Ver() Escuchar() Comunicarse()					Ruidos Hidroaéreos:.....				
Dolor	Agudo		X		Petequias () Equimosis ()				
	Crónico				PATRON N°9: ADAPTACION - TOL. ESTRES				
Tipo de Dolor:					Estado Emocional	Tranquila			
Lugar del Dolor: abdomen						Ansiosa			
EVA: 1-2-3-4-5-(6)-7-8-9-10 6/10						Negativa			
Cefalea: SI () NO () Visión Borrosa ()						Temerosa		X	
Escalofríos						Irritable			
Hipertermia						Indiferente			
Hipotermia						Depresiva			
PATRON N°6: ELIMINACION					Autoestima Conservada: SI (x) NO ()				
Hábitos Intestinales:					Principales Preocup. Me operaran				
N° de Deposiciones/Día	Normal		X		PATRON N°10: RELACIONES - ROL				
	Estreñimiento				Estado Civil	Soltera			
	Diarrea					Casada			
Molestias al Defecar: SI () NO ()						Conviviente		X	
Usa Laxantes						Divorciada			
Micción Espontánea						Viuda			
Retención					Ocupación y/o Profesión: .Ama de casa				
Polaquiuria					¿Con quién vive?	Sola			
Disuria						Con su familia		X	
Oliguria						Otros			
Anuria					Fuentes de Apoyo	Familia			
Proteinuria						Amigos			
Diaforésis						Otros. Pareja		X	
Sistema de ayuda	Sondaje Nelaton				Conflicto/Violencia Familiar: SI () NO (x)				
	Sonda Foley				Intento/Suicidio: SI() NO(x) Cuando:.....				
	Fecha de colocación:.....				Comunicación: Verbal () Gestos ()				
	Pañal		X		PATRON N°11: DESCANSO - SUEÑO				
PATRON N°7: VALORES - CREENCIAS					Horas de Sueño: 8 horas				
Religión que profesa:.....catolica					Sueño Conservado () Insomnio ()				
Transfusión Sanguínea: Acepta(x) No Acepta()					Problemas para Dormir: SI () NO (x)				
Solicita Visita de Capellán: SI () NO (x)					Usa medicamento para dormir: SI() NO(x)				
Solicita Apoyo Espiritual					Especificar:				
<p>.....</p> <p>FIRMA DEL ENFERMERO</p> <p>CEP</p>									

Apéndice C: 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 “Proceso de atención de enfermería a paciente con embarazo ectópico y abdomen agudo, del servicio de emergencia de ginecobstetricia de un hospital de Lima, 2021”. El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) al paciente de iniciales C. T. Z. R. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Fidilberta Sladys Pérez Pacheco, bajo la asesoría de la Mg. Gloria Cortéz Cuaresma. 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 comunicado que no hay ningún riesgo psicológico, biológico, químico y físico asociado con este trabajo académico. Sin embargo, como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Por tanto, se tomarán precauciones, como la identificación por números, para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación económica por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha informado 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 minuciosamente el consentimiento y escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma

Apéndice D: Escalas de evaluación

