

UNIVERSIDAD PERUANA UNION

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**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**

Por:

Esther Amelia Melgarejo De la cruz

Asesor:

Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, GLORIA CORTEZ CUARESMA de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: ***“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”***, constituye la memoria que presentan la licenciada: MELGAREJO DE LA CRUZ ESTHER AMELIA, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica, 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 diecisiete días del mes de setiembre de 2018.



Mg. Gloria Cortez Cuaresma

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

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidados
Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica

JURADO CALIFICADOR



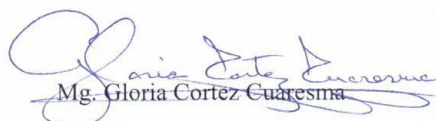
Dra. Orfelina Arpasi Quispe

Presidente



Mg. María Magdalena Díaz Orihuela

Secretario



Mg. Gloria Cortez Cuatesma

Asesor

Lima, 17 de setiembre de 2018

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas.....	vii
Resumen.....	viii
Capítulo I.....	9
Proceso de atención de enfermería.....	9
Valoración.....	9
Datos generales:	9
Resumen de motivo de ingreso	9
Situación problemática.....	10
Funciones vitales.....	10
Medidas antropométricas	11
Exámenes auxiliares:.....	11
Hemograma.....	11
Análisis e interpretación.....	11
Tratamiento Medico.....	12
Valoración según patrones funcionales de Salud.....	13
Patrón percepción-control de la Salud	13
Patrón Relaciones-Rol/Aspecto Social	13
Hallazgos significativos por patrones funcionales.....	14
Diagnóstico de Enfermería.....	16
Análisis de las etiquetas diagnosticas	16
Enunciados de diagnósticos de enfermería	18
Planificación.....	19
Priorización de los diagnósticos de Enfermería	19
Riesgo de infección relacionada a procedimientos invasivos.....	19
Plan de Cuidados.....	19

Evaluación.....	26
Capitulo II	27
Marco Teórico.....	28
Antecedentes relacionados al caso de estudio.....	28
Local	28
Nacional.....	29
Internacional.....	32
Marco conceptual.....	32
Embarazo Ectópico	32
Tipos de Embarazo Ectópicos.....	35
Epidemiología	36
Mortalidad.....	37
Fisiopatología.....	38
Etiología.....	38
Enfermedad Pélvica Inflamatoria.....	40
Factores de Riesgo	41
Tratamiento	43
Complicaciones.....	46
Pronóstico.....	46
Prevención.....	46
Modelo teórico	46
Modelo de Virginia Henderson.....	46
Materiales y Metodos.....	47
Tipo y diseño.....	47
Sujeto de estudio	48
Delimitación geografía temporal.....	48
Técnica de recolección de datos.....	49
Consideraciones Éticas.....	50

Capítulo IV.....	51
Resultados, análisis y discusión	51
Resultados	51
Análisis de los diagnósticos	53
Discusión:.....	54
Capítulo V	55
Conclusiones y recomendaciones.....	55
Conclusiones	55
Recomendaciones.....	56
Referencia Bibliográficas.....	57
Apéndices.....	62

Índice de tablas

Tabla 1 Hemograma.....	11
Tabla 2 Análisis de orina.....	12
Tabla 3 Balance hídrico.....	13
Tabla 4 Diagnóstico Enfermería: dolor agudo relacionado a herida operatorio evidenciando por gestos, quejidos y facie de expresión de dolor	19
Tabla 5 Diagnostico Enfermería: Riesgo de infección relacionada a procedimientos invasivos venoso periférico y presencia de onda vesical	20
Tabla 6 Diagnostico Enfermería: Riesgo de déficit de volumen de líquidos	21
Tabla 7 Diagnostico enfermería: CP Hemorrágico relacionado a sangrado moderado.....	22
Tabla 8 Diagnostico Enfermería: Hipotermia relacionada con temperatura baja del medio ambiente evidenciado por la piel fría y T de 36°	23
Tabla 9 Dolor agudo relacionado a herida operatorio evidenciando por gestos, quejidos, afasia de dolor.....	52
Tabla 10 Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo	52
Tabla 11 Déficit de volumen de líquidos, relacionado con la pérdida de líquidos.....	52
Tabla 12 Hemorragia relacionado, sangrado moderado.....	52
Tabla 13 Hipotermia relacionada con temperatura baja evidenciando piel fría, escalofríos.....	53

Resumen

En la presente investigación “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente complicado en la unidad de recuperación post anestésica del Hospital Nacional de Lima Metropolitana 2018”, tuvo como objetivo evaluar intensidad de dolor según escala del dolor (EVA). Es una investigación descriptiva y analítico. Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería que es el método científico aplicado en el cuidado de la paciente, el mismo que consta de cinco fases: valoración donde se realizó la recolección de los datos de forma sistemática y organizada; luego de organizados los datos se pasó al diagnóstico donde se realizó el análisis de los datos, la identificación de necesidades y problemas de salud, así como los riesgos y posibles complicaciones, que fueron plasmados en los diagnósticos de enfermería; una vez concluida esta fase se pasó a la planificación, donde se realizó la priorización de los diagnósticos enfermeros y CP.

Paciente adulto mujer de 24 años con Diagnóstico. Laparotomía Exploratoria: Salpinguectomía complicada por un embarazo Ectópico complicado, en el servicio de recuperación central del Hospital nacional dos de Mayo. Se concluyó que se evidencia ventajas en el uso del metotrexato frente al método quirúrgico en el tratamiento del embarazo ectópico no complicado en el pues se evidencia una mejor respuesta con el tratamiento médico versus el quirúrgico. La sintomatología post tratamiento médico post metotrexato que presentaron las pacientes en el presente trabajo fue más tolerable en el grupo estudiado.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, paciente pos operada de laparotomía exploratoria.

Capítulo I

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos generales:

Nombre	: D A R.
Sexo	: Femenino
Edad	: 24 años
Lugar de Procedencia	: Lima
Servicio	: Unidad de Recuperación pos anestésica
Nº de cama	: 03
Fecha de ingreso al hospital	: 28-01-2018
Fecha de ingreso al servicio	: 29-01-2018
Días de hospitalización	: 5 días
Fecha de valoración	: 29-01-2018
Hora	: 3 pm
Diagnóstico médico	: Laparotomía Exploratoria: Salpinguectomía parcial Izquierda.

Resumen de motivo de ingreso

Paciente adulta de 24 años de edad, habiendo recibido anestesia general, ingresa a la unidad de recuperación pos anestésica (URPA), con diagnóstico pos operatorio inmediato de laparotomía exploratoria, Salpinguectomía complicada por un embarazo Ectópico complicado.

Situación problemática

Paciente adulta de sexo femenino en pos operatorio inmediato, somnolienta bajo efectos de anestesia sale de sala de operaciones con máscara de reservorio a 10 lts min., saturando 90%, inquieta, quejumbrosa, facie de dolor escala de Evans (EVA 8), se observa mucosas orales secas, piel pálida, fría, presentando escalofríos, encontrándose con vía periférica en miembro superior izquierdo con catéter numero 18 por donde pasa cloruro de sodio al 9 % a 45 gtx´. min, presenta apósito en zona operatoria supra púbica con secreción sero hemática, genitales con escaso sangrado vaginal y presencia de sonda vesical conectada a bolsa colectora con una orina colúrica de 150 CC, vendaje de miembros inferiores.

Funciones vitales.

P A : 118/60 mmHg

PAM : 66 mmHg

F C : 110 x´

F R : 20 x´

SAO2 : 99%

T° : 36 °C

	3pm	4pm	5pm	6pm
Diuresis	100cc	100cc	150cc	100cc

Sed: Si valorable por estar varias horas sin alimento.

Sueño: No valorable por sedo analgesia.

Medidas antropométricas

Peso: 60 kilos

Talla: 1.58 cm.

IMC: 24,034

Interpretación peso superior al normal.

Exámenes auxiliares:

Hemograma

Tabla 1
Hemograma

	Valores obtenidos	Valores normales
Hemoglobina	8.5 mg /dl	12-16 mg/dL
Hematocrito	31 mg /dl	35 - 45 %
Leucocitos	15980	5000-10000 mm ³
Plaquetas	335000 mm ³	182.000-369.000
Abastionados	7%	0.0 – 5.0
Linfocitos	20%	20%-40%
Monocitos	5.9 %	3-7%
Eosinófilos	1.2%	1 – 4 %
Basófilos	0.3 %	0 .1 %
VIH prueba rápida	No reactiva	

Análisis e interpretación

La hemoglobina es una molécula que está dentro de los hematíes, es la encargada de transportar el oxígeno; es la más precisa para la valoración de la anemia. (Ateneo, 2012)

El hematocrito mide la cantidad de glóbulos rojos en la sangre, tienen una proteína llamada hemoglobina que transporta el oxígeno de los pulmones hacia el resto del cuerpo, si una persona tiene los niveles de hematocrito demasiado altos o bajos esto nos indica un problema en la sangre. (Ateneo, 2012)

Los leucocitos son un tipo de glóbulos blancos de gran importancia para el funcionamiento idóneo del sistema inmunológico una disminución de los glóbulos

blancos, se produce cuando bajan nuestras defensas y nos volvemos vulnerables a las alergias, bacterias e infecciones, esto se llama leucopenia. (Ateneo, 2012)

La paciente presenta anemia moderada debido a la intervención quirúrgica realizada y al sangrado por el embarazo ectópico presentado. La paciente presenta valores elevados de leucocitos que está asociado a la presencia de infección bacteriana como la sepsis severa que presenta.

Orina Fecha: 29/01/18

Tabla 2
Análisis de orina

	Valores Obtenidos	Valores normales
Color	Colúrica	Amarillo
Aspecto	Turbio	Transparente
PH	4.9	4.5 8.5
Proteína	+	6.0 a 8.3 gramos por decilitro (g/dL)
Sangre	+++	3.500 y 11.000/mL
Glucosa	Negativo	82 mg/dl y los 110 mg/dl (4,4 a 6,1 mmol/l)
Células epiteliales	0	Ausente
Leucocitos	10x	5 por campo
Cristales	Negativos	Ausentes

1.1.1.1. Análisis e interpretación

La paciente en estudio presenta su orina colúrica, sanguinolenta y las proteínas ligeramente elevadas indicando que hay retención de líquidos en el organismo.

Tratamiento Medico

NPO

Dextrosa 5/ 1000 cc	}	I - II
Hipersodio 20/ 1 amp		

Tramal 50 mg Ev	}
-----------------	---

Metoclopramida 10 mg EV c/8 hrs

Cloruro de sodio 9% 100cc

Ceftriaxona 2gr EV c/24 hr

Balance hídrico:

Tabla 3
Balance hídrico

INGRESOS		EGRESOS	
Parenteral:	1000 cc	Diuresis:	450 cc
Tratamiento EV:	220 cc	Drenajes:	-----
Tratamiento oral:	NPO	Apósitos:	100 cc
Agua de oxidación:	105 cc	Perdidas insensibles:	250 cc
Total:	1325 cc	Total:	800 cc
		TOTAL:	+ 525

Valoración según patrones funcionales de Salud

Patrón percepción-control de la Salud

Paciente Post operada de LPE; Salpinguóctomia complicada, según H.CL. con antecedente de Varicela a los 10 años, consume bebidas alcohólicas en reuniones, no tabaco y drogas.

Patrón Relaciones-Rol/Aspecto Social

Paciente vive con su familia, refiere no tener apoyo de su pareja, recibe visita de sus familiares, buenas relaciones y apoyo.

Patrón valores y creencias.

Católico.

Patrón descanso-sueño

Normal.

Patrón perceptivo cognitivo.

Sin analgesia.

Patrón actividad ejercicio.

Paciente despierta con movilidad de miembros conservada.

Actividad respiratoria.

Paciente despierta con una respiración profunda FR 26x, Sat. O₂ 90% a la auscultación pulmonar no roncantes y crepitantes.

Actividad circulatoria

Paciente presenta ruidos cardíaco rítmicos, con frecuencia cardíaca de 75 x minuto, pulso regular, PA 112/65mmhg, con catéter periférico (28-01-18), no edemas con vendas elásticas en miembros inferiores.

Patrón Nutricional / Metabólico

Paciente en NPO piel y mucosa oral semiseca, con temperatura 36 °C, piel fría al tacto, no presencia de náuseas ni vómitos, abdomen ligeramente blando y depresible, herida operatoria con apósito grande con secreción sero hemática de más o menos 100cc.Hb de 9.0mg/dl. Hto 32%.

Patrón Eliminación

Paciente refiere no elimina flatos, presencia de sonda vesical permeable, se observa orina colúrica ligeramente turbio en bolsa colectora. Diuresis de 450 cc.

Patrón sexualidad reproducción.

Paciente de sexo femenino en regular estado de higiene, sin pareja e hijo.

Hallazgos significativos por patrones funcionales.***Patrón percepción-control de la salud.***

Diagnóstico. Médico: Pos operada de LPE: Salpinguectomía complicada por embarazo

Ectópico

Patrón autopercepción-auto concepto/tolerancia afrontamiento al estrés.

Preocupación el estado de salud por los familiares.

Patrón descanso-sueño.

Sueño irregular.

Patrón perceptivo cognitivo.

Pupilas isocóricas reactivas 2/2.

Patrón actividad ejercicio.

Fuerza muscular normal.

Actividad respiratoria

Paciente de cubito dorsal ventilando con apoyo de máscara reservorio.

No sonda nasogástrica.

Actividad Circulatoria

Paciente con frecuencia cardíaca 110 x, ritmo cardíaco rítmico, regular,
miembros superiores tibias, miembros inferiores tibia, con catéter venoso periférico,
presión arterial 110/60 mmHg

Vendajes de miembros inferiores.

Patrón nutricional metabólico.

Paciente en NPO, mucosa oral semiseca, pieza dentaria completa.

T°36°C. Herida operatoria sero hemática.

Patrón eliminación.

Diuresis de 450 en 4 horas

Sonda vesical (28-01-18)

Patrón Confort

Paciente refiere “tengo mucho dolor”

Se observa fascie del dolor, presenta quejidos y se toca la herida operatoria.

Diagnóstico de Enfermería

Análisis de las etiquetas diagnosticas

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

Código: 00132

Dominio: Confort

Clase: 1 Confort físico

Página: 439

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial.

Factores relacionados: Herida operatoria

Características definatorias: Expresión facial.

Enunciado de enfermería: Dolor agudo relacionado con herida operatoria evidenciando por gestos, quejidos, facie de dolor.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección

Código: 00001

Dominio: 11 seguridad protección

Clase: 1 Infección

Página: 379

Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

Factor relacionado: Procedimientos invasivos

Enunciado de enfermería: Riesgo de infección Relacionado con procedimientos invasivos como: catéter venoso y sonda vesical.

Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos.

Código: 00027

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 5 Hidratación

Página: 177

Definición: Es una disminución del volumen de líquidos intravascular, intersticial y/o intracelular que puede comprometer la salud.

Factor relacionado: Pérdida activa de volumen de líquidos.

Características definatorias: Mucosas orales secas, aumento de la concentración de orina, aumento de la frecuencia cardiaca (FC: $110 \times \text{ } \grave{\text{}}$), balance hídrico positivo.

Enunciado de enfermería: Déficit de volumen de líquidos, relacionado con la pérdida de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, orina colúrica y balance hídrico positivo.

CP Hemorragia

Definición: Salida de sangre de las arterias o capilares, es una lesión de la pérdida de sangre de carácter interno o externo y dependiendo de ese volumen puede deberse de esas complicaciones

Signos:

Palidez de la mucosa oral.

Alteración de la presión arterial. Bradicardia.

Síntomas:

Con tendencia a la náuseas e hipotermia.

Alteración de la circulación.

Deterioro de movilidad.

Hipotermia

Código: 00006

Dominio: 11 Seguridad / Protección

Clase: 6 Termorregulación

Definición. Es la temperatura corporal inferior al rango normal, a causa de la falla de la termorregulación.

Factor relacionado: Temperatura baja del ambiente

Características definitorias: Piel fría al tacto, T de 36 °C

Enunciado de enfermería: Hipotermia relacionada con temperatura baja del medio ambiente evidenciado por piel fría y T de 36 °C

Enunciados de diagnósticos de enfermería

- Dolor agudo, relacionado con la herida operatoria evidenciando por gestos, quejidos y facie de dolor.
- Riesgo de infección relacionada a procedimientos invasivos.
- Déficit de volumen de líquidos, relacionado con la pérdida activa de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, aumento de la concentración de orina, aumento de la frecuencia cardiaca.
- CP hemorragia
- Hipotermia relacionada con temperatura baja del medio ambiente evidenciado por piel fría y T de 36 °C.

Planificación

Priorización de los diagnósticos de Enfermería

- Dolor agudo relacionado herida operatoria evidenciando por quejidos, facie de expresión de dolor.
- CP Hemorragia
- Déficit de volumen de líquidos, relacionado con pérdida activa de líquidos: sangrado volumen 100 aprox. mucosas orales secas
disminución de la turgencia de la piel, llenado capilar mayor de 3 seg.,
orina colúrica escasa.
- Hipotermia relacionada con temperatura baja del medio ambiente evidenciado por piel fría y T de 36 °C.

Riesgo de infección relacionada a procedimientos invasivos.

Plan de Cuidados

Diagnóstico. Dolor agudo relacionado a herida operatorio evidenciando por gestos, quejidos y facie de expresión de dolor.

Tabla 4

Diagnóstico Enfermería: dolor agudo relacionado a herida operatorio evidenciando por gestos, quejidos y facie de expresión de dolor

Objetivos	Intervenciones	Fundamento Científico
Objetivo: Paciente presentará disminución del dolor después del tratamiento recibido.	1. Evaluar intensidad de dolor según escala del dolor (EVA).	1. La escala del dolor EVA permite valorar de manera oportuna la intensidad del dolor y ayuda a cuantificar la percepción subjetiva del dolor para brindar tratamiento oportuno. (Medina Armentero juan 2015
Resultado: Paciente presentará gestos de quietud a desosiego. Paciente presentará expresión facial relajada.	2. Administrar tramal 100 mg con metoclopramída 10 mg en cloruro de sodio 9% de 100cc ev. a 35 micro gotas	2. El tramal es un analgésico de acción central, opiáceo usado en el dolor moderado a severo. La metoclopramída es un fármaco gastro cinético con propiedades antieméticas para facilitar el

- vaciamiento gástrico. (Lehman, 2014).
- | | |
|---|--|
| 3. Monitorizar las funciones vitales de acuerdo a la evaluación de la paciente cada 5 minutos | 3. Las funciones vitales, son valores que permite evaluar el funcionamiento global del organismo para detectar oportunamente signos de alarma (Penagos, Salazar & Vera 2004) |
| 4. Brindar comodidad y confort. | 4. La comodidad y confort al paciente mejora su estado de ánimo permitiendo y favoreciendo su relajación y bienestar. (Dowd, 2015) |

- Diagnóstico Enfermería:

Riesgo de infección relacionada a procedimientos invasivos venoso periferico y presencia de sonda vesical

Tabla 5

Diagnostico Enfermería: Riesgo de infección relacionada a procedimientos invasivos venoso periférico y presencia de onda vesical

Objetivos	Intervenciones	Fundamento Científico
Paciente estará libre de riesgos de infección durante su estancia en la unidad	1. Mantener las medidas de bioseguridad.	1. la medida de bioseguridad permite un entorno seguro y libre riesgo (Becerra, 2014).
Resultado: Paciente presentará, vía endovenosa y sonda vesical limpia libres de infección.	2. Se realizará el cambio de catéter de vía periférica c/3 días. Realizar el cambio de sonda vesical cada 7 días.	2.El cambio de vía periférica evita la colonización de infección en la zona de venopunción de epidermis y/o dermis (Rodriguez,2013)

3. Diagnóstico Enfermería: Riesgo de déficit de volumen de líquidos

Tabla 6

Diagnostico Enfermería: Riesgo de déficit de volumen de líquidos

Objetivos	Intervenciones	Fundamento Científico
<p>Objetivo: La paciente presentará adecuado volumen de líquidos durante el turno.</p> <p>Resultados: Paciente presentará mejoría recibiendo volumen de líquidos suficiente.</p>	<p>1. Realizar el balance hídrico estricto del paciente, registrando cantidades exactas de líquidos que ingresan y egresan del organismo.</p> <p>2. Controlar la diuresis a través de la cantidad de orina que se encuentra en la bolsa colectora</p> <p>3. Se valorara el estado de hidratación de la paciente, identificando signos de deshidratación</p> <p>4. Se vigilará la vía endovenosa, regulando el goteo del cloruro de sodio al 9‰ a 45 gotas por minuto</p>	<p>1. La finalidad es conseguir cantidades exactas ,es importante la medición de todos los líquidos que entran para valorar la regulación renal. (Carpenito, 2015)</p> <p>2. Las bolsas colectoras tienen marcadas las cantidades lo que ayuda a llevar un control más exacto de la diuresis. (Carpenito, 2015)</p> <p>3. La valoración del estado de hidratación de la piel y mucosas, permite identificar los signos deshidratación oportunamente</p> <p>4. El mantener el goteo indicado permite realizar una terapia de hidratación apropiada a las necesidades hídricas del paciente.</p>

4. Diagnóstico Enfermería: CP Hemorrágico relacionado a sangrado moderado

Tabla 7

Diagnostico enfermería: CP Hemorrágico relacionado a sangrado moderado

Objetivos	Intervenciones	Fundamento Científico
<p>Objetivo Paciente presentara una adecuada volemia durante su estancia en sala de operaciones .</p> <p>Resultados Paciente presentará apósitos herida operatoria secas y limpias. PA dentro de los valores normales</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizará control de funciones vitales cada hora. 2. Realizar control de Hb-Hto, AGA 3. Observar características de herida operatoria de y de apósito c/ 1hra. 4. Hacer control de los apósitos de la herida operatoria c/ hora 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las funciones vitales nos indican la correcta funcionalidad del cuerpo y cuando estas se encuentran fuera de los rangos normal. Monitorear la presión arterial y FC c/hora. (Gillies, 2014) 2. El control de la hemoglobina, Hto y el AGA permiten saber si el paciente presenta sangrado, que puede ser interno o externo o si hay algún factor de coagulación alterado en sangre. (Mendez, Gradeño y Murillo, 2014) 3. La observación de la herida quirúrgica permite identificar precozmente signos de sangrado. <p>El estar atentos a la primera aparición temprana de signos de sangrado. (Mendez, Gradeño y Murillo, 2014)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sirve para planear y ejecutar a que no llegue a presentar un shock hipovolémico. (Mendez, Gradeño y Murillo, 2014)

5- Hipotermia relacionada con temperatura baja del medio ambiente

evidenciado por piel fría y T de 36°C

Tabla 8

Diagnostico Enfermería: Hipotermia relacionada con temperatura baja del medio ambiente evidenciado por la piel fría y T de 36°

Objetivo	Intervenciones	Fundamento Científico
<p>Objetivo Paciente presentará temperatura adecuada durante el turno de T 36-37.5°C</p>	<p>1. Se controlará funciones vitales cada hora</p>	<p>1. El control de funciones vitales permite evaluar el funcionamiento del organismo de la paciente de manera global para detectar a tiempo signos de alarma (Dinarello y Gelfand, 2014)</p>
<p>Resultados Paciente presentará piel tibia al tacto. Paciente presentara T entre 36.0 a 37.5 °C</p>	<p>2. Control de temperatura cada hora</p>	<p>2. El control de la temperatura permite identificar oportunamente la presencia de hipotermia en el paciente quirúrgico para brindar un cuidado oportuno. (Dinarello y Gelfand, 2014)</p>
	<p>3 Se colocará mantas térmicas</p>	<p>3 Por un ambiente agradable y mucho abrigo dará una mejoría. (Dinarello y Gelfand, 2014)</p>
	<p>4 Colocación de bolsa de agua caliente</p>	<p>4 La bolsa de agua caliente permite que se incremente la temperatura corporal a través del mecanismo de conducción del calor.</p>
	<p>5 Verificar color de la piel</p>	<p>5 Permite observar cambios en el funcionamiento del organismo que nos indicarían hipotermia. (Dinarello y Gelfand, 2014)</p>

Ejecución**SOAPIE**

Fecha / hora		Intervenciones
28/01/2018		
3:00pm	S	Paciente despierta refiere "tengo mucho dolor"
3:30pm	O	paciente con ventilación espontanea con apósitos de herida operatoria presentando, gestos, quejidos y fascie de dolor.
4:00pm	A	Dolor agudo relacionado a procedimiento Quirúrgico de herida operatoria
4:00pm	P	Paciente presentará disminución del dolor después del tratamiento indicado.
4:00pm	I	Controlar las funciones vitales cada hora Medir la intensidad del dolor -Administrar analgésico cada 8 horas -Brindar comodidad y confort.
8:00pm	E	Paciente con disminución del dolor después tratamiento recibido, con gestos de sosiego, y expresión facial relajada.

Fecha / hora		Intervenciones
28/01/2018		
3:00pm	S	Paciente despierta refiere "tengo mucho dolor"
3:30pm	O	paciente con ventilación espontanea con apósitos de herida operatoria portador de sonda Foley y catéter periférico.
4:00pm	A	Riesgo de infección relacionado a procedimientos Invasivos venoso periférico y presencia de Sonda vesical
4:00pm	P	Paciente presentará disminución de riesgo de Infección después de los cambios invasivos
4:00pm	I	-Mantener medidas de bioseguridad en los Procedimientos invasivos. -Lavado de manos antes y después de cada procedimiento. -Controlar las funciones vitales cada hora -Brindar comodidad y confort.
8:00pm	E	OA: Paciente con disminución de riesgo de Infección, con zonas de catéter periférica y sonda vesical limpios.

Fecha / hora		Intervenciones
28/01/2018		

3:00pm	S	Paciente despierta refiere “tengo mucho dolor”
3:30pm	O	paciente con ventilación espontanea con apósitos de herida operatoria presentando, orina colúrica.
4:00pm	A	Riesgo de déficit de volumen de líquidos
4:00pm	P	Paciente presentará adecuado volumen de líquidos durante el turno.
4:00pm	I	-Registrar ingresos y egresos estricto. -Realizar balance hídrico estricto. -Controlar las funciones vitales cada hora. -Brindar comodidad y confort.
8:00pm	E	OA: Paciente con adecuado volumen de líquidos durante el turno, orina de color normal.

Fecha / hora		Intervenciones
28/01/2018		
3:00pm	S	Paciente despierta refiere “tengo mucho dolor”
3:30pm	O	paciente con ventilación espontanea con apósitos de herida operatoria ligeramente manchados con secreción sero hemático.
4:00pm	A	CP Hemorrágico
4:00pm	P	Paciente presentará hemorragia en menos cantidad
4:00pm	I	-Control de funciones vitales cada hora. - Controlar sangrado, observando los apósitos y Sangrado vaginal. -Control de Hb y Hto. -Administrar paquete globular o plasma según control de hemoglobina. -Brindar comodidad y confort.
8:00pm	E	OA: Paciente con disminución de intensidad de Sangrado.

Fecha / hora		Intervenciones
28/01/2018		
3:00pm	S	Paciente despierta refiere “tengo mucho dolor”
3:30pm	O	paciente con ventilación espontanea con apósitos de herida operatoria presentando escalofríos con T: 35.8 °C, piel fría.
4:00pm	A	Hipotermia relacionado a temperatura
4:00pm	P	Paciente presentará temperatura adecuada (36.5 a 37 °C).
4:00pm	I	-Medir temperatura cada 2 h. -Controlar las funciones vitales cada 2h. -Colocar manta térmica. -Colocar cobertores para aumentar temperatura.
8:00pm	E	OA: Paciente con temperatura dentro de los valores normales (36.5 a 37.5 °C).

Evaluación

Diagnostico 1	Evaluación
<p>Objetivo: Paciente presentará disminución del dolor después del tratamiento recibido.</p> <p>Resultado: Paciente presentará gestos de quietud a desosiego. Paciente presentará expresión facial relajada.</p>	<p>OA: Paciente con disminución del dolor después de tratamiento recibido, con gestos de sosiego y expresión facial relajada.</p>
Diagnostico 2	Evaluación
<p>Objetivo: Paciente presentará disminución de riesgo de infección en su estancia en el servicio.</p> <p>Resultado: Paciente presentará zona de inserción de vía periférica libre de signos de flogosis. Paciente presentará sonda vesical libre de infección.</p>	<p>OA: Paciente con disminución de riesgo infección, con zona de catéter periférico libre de signos de flogosis, sonda vesical libre de infección.</p>
Diagnostico 3	Evaluación
<p>Objetivo: Paciente presentará adecuado volumen de líquidos durante el turno</p>	<p>OA: Paciente con adecuado volumen de líquidos durante el turno, orina de color normal.</p>
Diagnostico 4	Evaluación
<p>Objetivo: Paciente presenta Sangrado en menos intensidad.</p> <p>Resultado: Paciente presentará apósitos de herida Operatoria limpios y secos.</p>	<p>OA: Paciente con disminución de intensidad del sangrado.</p>
Diagnostico 5	Evaluación
<p>Objetivo: Paciente presentará Temperatura adecuada (T° : 36° a 37° C).</p> <p>Resultado:</p>	<p>OA: Paciente con temperatura dentro de los valores normales.</p>

Paciente presentará piel tibia
al tacto.

Marco Teórico

Antecedentes relacionados al caso de estudio

Local

Mercado (2014) en su investigación “Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz”, Lima 2013”, para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tuvo como objetivo Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013 Material y métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de caso y control, se revisaron 40 historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal. Resultados: se encontraron factores de riesgo significativos en función de su intervalo de confianza: tabaquismo (OR:4.2, 95% IC:1.59–11.09); antecedente de embarazo ectópico (OR:14.7, 95% IC:1.80–121.13); aborto espontaneo (OR:4.3, 95% IC:1.69 – 11.06); cirugía abdomino-pélvica (OR: 11, 95% IC:3.29–36.75); ITS (OR: 2.5, 95% IC:1.01–6.19); y no significativos: multiparidad, uso de DIU, anticoncepción previa y más de una pareja sexual Conclusiones: Las pacientes con antecedente de tabaquismo, ITS, cirugía abomino pélvica, embarazo ectópico, aborto espontaneo, presentan un riesgo elevado de presentar embarazo ectópico; y aquellas con antecedente de uso de DIU y más de una pareja sexual, tienen un riesgo moderado.

Condori (2016) en su investigación “Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería en las enfermeras del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca – 2015”, para optar el título de licenciado en enfermería. Universidad Peruana Union. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería

en el personal enfermero del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2015. La metodología de estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional de diseño no experimental transversal; la muestra estuvo constituida por 36 enfermeras de los servicios de medicina, cirugía A y B, emergencia y pediatría; se aplicó la técnica de la entrevista mediante un cuestionario que consto de tres partes una para medir factores como la edad experiencia y área de trabajo, la segunda parte para realizar ejercicios con casos clínicos ficticios que demuestran la redacción de las Notas de Enfermería y la tercera parte mide el nivel de conocimiento y para la evaluación se utilizó una lista de chequeo. Resultados: se evidencia que, el 77.8% de las enfermeras del Hospital Carlos Monge Medrano presenta un nivel deficiente de aplicación del Proceso de Atención de enfermería seguido del 11.1% que presenta un nivel regular y óptimo, en cuanto al nivel de calidad de notas de enfermería se aprecia que el 61,1% de las enfermeras presentan una mala calidad de Notas de enfermería, seguido del 27,8% que presenta un nivel regular y el 11,1% presenta un nivel Bueno La correlación entre el Nivel de aplicación del Proceso de Atención de enfermería y la calidad de Notas de enfermería es significativa con un coeficiente $r=476$. En conclusión a un nivel de significancia del 5 % existe correlación positiva entre Proceso de Atención de enfermería y la calidad de Notas de enfermería; este coeficiente indica que la buena calidad de notas de enfermería depende al nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería.

Nacional.

Perdomo y Vargas (2015) en su investigación “Diagnósticos de enfermería en pacientes post operados con anestesia general, Hospital Apoyo Iquitos - 2015”, para optar el título de enfermera. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Tuvo como objetivo determinar cuáles son los factores asociados a los diagnósticos de enfermería

en pacientes post operados con anestesia general en el Hospital Apoyo Iquitos. 2015; fue de tipo no experimental cuantitativo diseño Descriptivo, correlacional, la población estuvo conformada por todos los pacientes post operados en Centro quirúrgico, en un numero de 50 pacientes; la muestra estuvo conformada por el 100% de la población; la técnica que se utilizo fue la observación, el instrumento de recolección fue una ficha de observación. Para determinar qué factores, personales, del Intraoperatorio y del Post operatorio se relacionan a los diagnósticos de enfermería identificados en los pacientes de la muestra, se aplicó el análisis de correlación bivariada de R de Pearson, este coeficiente resume la magnitud y direccionalidad de la asociación entre los factores y los diagnósticos de enfermería. Los resultados fueron: Los factores personales que mostraron relación inversa o negativa positiva con el diagnóstico de enfermería Náuseas son los pacientes con hipertensión arterial ($r_{xy} = - 0,354$), factor antecedentes de cirugías previas la con el diagnóstico de enfermería dolor Agudo ($r_{xy} = - 0,378$). Los factores del Intraoperatorio que presentaron relación significativa fueron: tipo de Cirugía que mostró tener relación directa o positiva con los diagnósticos de enfermería: nauseas ($r_{xy} = 0,409$) y el riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos ($r_{xy} = 0,458$); la magnitud de la cirugía que manifestó tener relación directa o positiva solo con el diagnóstico de enfermería Hipotermia ($r_{xy} = 0,327$); el tipo de anestesia quien mostró tener relación directa o positiva con los diagnósticos de enfermería: Hipotermia ($r_{xy} = 0,700$) y el dolor agudo ($r_{xy} = 0,701$). Algunos de los procedimientos invasivos que se detallan manifestaron tener relación directa o positiva con algunos diagnósticos de enfermería: El procedimiento Invasivo T.E.T. (Intubación Endotraqueal) con los diagnósticos de enfermería Hipotermia ($r_{xy} = 0,312$); Náuseas ($r_{xy} = 0,365$) y Dolor agudo ($r_{xy} = 0,312$); el procedimiento invasivo S.V. (Sonda Vesical) solo presento relación con el diagnóstico de enfermería Riesgo de desequilibrio de volumen de

líquidos ($r_{xy} = 0,535$); el procedimiento invasivo S.N.G. (Sonda Nasogástrica) mostró relación inversa y negativa con el diagnóstico de enfermería; deterioro del intercambio de gases ($r_{xy} = - 0,344$) y positiva con el diagnóstico de enfermería riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos ($r_{xy} = 0,388$); el procedimiento invasivo de Colocación de Dren Pen Ross (D.P.R.) mostro tener relación inversa y negativa con el deterioro del intercambio de gases ($r_{xy} = - 0,327,$) y relación directa y positiva con riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos ($r_{xy} = 0,408$) y finalmente con el procedimiento invasivo Colocación del Dren Tubular (D. Tubular) solo presento relación directa y positiva con el diagnóstico de enfermería de riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos ($r_{xy} = 0,348$). Palabras clave: Diagnostico de enfermería, post operado.

Internacional

Garces y Rivera (2017) en su investigación “Valoración de las adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, según necesidades de Virginia Henderson en la unidad educativa “Amarilis Fuentes Alcivar” en la Ciudad de Guayaquil de octubre 2016 – febrero 2017”, para optar el título de licenciada en enfermería. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Tuvo como Objetivo valorar a la adolescente embarazada de 13 a 18 años según necesidades básicas de Virginia Henderson. Metodología: El estudio es descriptivo, observacional y de corte transversal. El instrumento que se utilizó fue una encuesta con respuestas dicotómicas y politómicas, se la aplicó a 50 adolescentes embarazadas de 13 a 18 años para conocer sobre el estado de salud integral de la gestante. Resultados: según nuestro estudio 74% de las encuestadas no llevan una alimentación balanceada, 70% presenta disuria, 90% han presentado síntomas de infección, 44% de las gestantes se han realizado de 1 a 3 controles prenatales mientras que un 12% no llevan controles, 80% se le dificulta relacionarse con su familia, 90% siente rechazo por parte de su familia, 36% consume drogas, y un 56% no conoce sobre su estado de salud actual.

Marco conceptual.

Embarazo Ectópico

En un embarazo ectópico, la implantación del embrión se produce fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina: en la Trompa de Falopio, el intersticio uterino, el cérvix, el ovario o la cavidad abdominal o pélvica. Los embarazos ectópicos no pueden llegar a término y acaban rompiéndose o involucionando. (López, Bergal y López, 2014)

El embarazo ectópico consiste en la implantación fuera del útero de un óvulo fecundado. Su idealización más habitual es la trompa de Falopio y aparece con monos

frecuencia en el peritoneo, en el ovario o en el cuello uterino. Es la trompa de Falopio, el óvulo implantado debilita la pared tubárica que acaba rompiéndose y puede ocasionar una hemorragia hacia el peritoneo (Bernal y López, 2014).

Lo que supone una urgencia médica, los factores que predisponen a una mujer a un embarazo eutópico engloban enfermedad inflamatoria, pélvica, cirugía previa sobre la trompa de Falopio, antecedentes de infertilidad embarazo ectópico previo y tabaquismo. Si se usa un dispositivo intrauterino (DUI) la aparición de un embarazo, aunque rara tiene un mayor riesgo de ser ectópico (Bernal y López, 2014).

Estos procesos patológicos pueden interferir en la estructura y en la función de la trompa de Falopio y retrasar el avance del óvulo hacia el útero, lo que puede originar un embarazo ectópico. El embarazo ectópico se da en alrededor de 1 de cada 72 gestaciones, lo que supone prácticamente una. Triplicación con respecto a las estadísticas de la década de los setenta. No obstante, rara vez evolucionan a rotura. (López, Bergal y López, 2014)

El embarazo ectópico (EE) se define como todo embarazo implantado fuera de la cavidad- endometrial. En el 97% de los casos se sitúa en las trompas de Falopio (55% en la porción ampular, 25% en el istmo y 17% en las fimbrias), y el 3% restante en la cavidad abdominal, ovarios y cérvix. El EE se presenta con una frecuencia del 1,3-2% de los embarazos y constituye la causa más importante de mortalidad materna en el primer trimestre de la gestión. (Pato, 2013)

La mortalidad causada por los embarazos ectópicos ha descendido un 35,5 a un 3,8 por 10,000 mujeres entre 1979 y 1989 en USA. Aunque la incidencia de EE en la población general es baja, la prevalencia entre las mujeres que acuden a un servicio de

urgencias por sangrado o dolor abdominal durante el primer trimestre de la gestación, alcanza el 6-16%. (Pato, 2013)

La posibilidad de realizar la determinación de la subunidad β de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG) así como la mejora en la calidad de las ecografías transvaginales (eco-TV) ha permitido el diagnóstico temprano del embarazo extrauterino, así como el tratamiento precoz del mismo, permitiendo un descenso importante de la mortalidad. (Pato, 2013)

- **Valoración**

Signos: Indicios de embarazo (p. Ej. Amenorrea, náuseas, fatiga, dolor a la palpación mamaria o polquiuria), hemorragia uterina o manchado y dolor abdominal. (Dowd, 2015)

Advertencia. Se requiere una intervención inmediata para evitar la pérdida de sangre, que puede acabar en shock y muerte. (Dowd, 2015)

Exploración física. La palpación abdominal puede revelar dolor a la palpación de los cuadrantes inferiores, así como discrepancias entre el tamaño y la fecha. (Dowd, 2015)

Advertencia. Si se sospecha un embarazo ectópico, se pospondrá la exploración pélvica para reducir al mínimo el riesgo de rotura tubárica. (Dowd, 2015)

- Proporcionar apoyo emocional a la paciente y a sus allegados. Dejar tiempo y crear un ambiente de apoyo para la paciente se sienta cómoda con la expresión de sentimientos y preocupaciones. No minimizar los sentimientos de pérdida de la paciente. Por otro lado, en caso de un embarazo no deseado, la paciente puede manifestar sentimientos de alivio o culpa con respecto a la pérdida.
- Ayudar a la paciente a identificar preocupaciones, en caso de existir, con el desempeño del rol como esposa o mujer en edad fértil. Ayudarla a elaborar

planes de adaptación. Derivarla a un consejero genético cuando la genética ha sido un factor en la pérdida del embarazo. (Dowd, 2015)

- Implicar a los servicios sociales en caso necesario.

Prevalencia

La prevalencia de una enfermedad a lo largo de un determinado intervalo de tiempo (t_0 , t). Es lo que se conoce como prevalencia de período, que se define como el número de casos de una determinada enfermedad que existen en una población durante un período de tiempo determinado, como por ejemplo un año. (Alfaro, 2016)

$$\text{Prevalencia de período} = \frac{N^{\circ} \text{ de casos existentes en momento } t_0 + N^{\circ} \text{ de casos nuevos entre } t_0 \text{ y } t}{\text{Población a mitad del intervalo } (t_0, t)}$$

En caso de que se desconozca la población a la mitad del intervalo, se calcularía mediante interpolación de la población inicial con la existencia al finalizar el período de estudio.

Una modalidad particular de la prevalencia de período es la llamada prevalencia acumulada a lo largo de la vida. Esta medida permite estimar la frecuencia de una enfermedad en cualquier momento a lo largo de la vida de un individuo. (Alfaro, 2016)

Tipos de Embarazo Ectópicos

- **Embarazo Ectópico**

Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la tubárica con 98%. Las localizaciones abdominal, ovárica, cervical, corneal e intraligamentoso son muy raras. (Alfaro, 2016)

- **Embarazo Ectópico No Accidentado**

Gestación ectópica sin rotura y hemodinámica materna conservada.

(Alfaro, 2016)

- **Embarazo Ectópico Accidentado**

Gestación ectópica con rotura, con o sin compromiso hemodinámica materno. (Alfaro, 2016)

Epidemiología

Según estudios, el 1,6% de los embarazos es ectópico y de estos el 98% se producen en las trompas de Falopio. Por motivos no demasiado claros, cada vez resultan más frecuentes. Son factores de riesgo: infecciones abdominales previas (enfermedad pélvica inflamatoria), una enfermedad en la trompa de falopio, un embarazo ectópico previo, ser portadora de DIU, la exposición fetal al dietilestilbestrol o una ligadura de trompas fallida (un procedimiento de esterilización en el que se corta u obstruye la trompa de Falopio), la endometriosis. Los embarazos ectópicos son menos frecuentes entre las mujeres de raza blanca. (Becerra, 2014)

- Prevalencia cada vez mayor de infecciones de transmisión sexual. Identificación por medio de diagnóstico oportuno de algunos embarazos ectópicos que de otra manera se reabsorberían espontáneamente.
- Popularidad de los anticonceptivos que predisponen a embarazos ectópicos en caso de que estos fallen.
- Técnicas de esterilización tubárica fallidas. Tecnologías de reproducción asistida. Cirugía tubárica.

El embarazo ectópico es más usual en las mujeres de raza negra que en las de raza blanca, quizá como una consecuencia de una mayor incidencia de salpingitis gonorreica

en la raza negra. También parece afectar más a los grupos socioeconómicamente depauperados, lo que ha provocado un incremento de los casos especialmente en países en desarrollo. (Becerra, 2014)

El embarazo ectópico es diagnosticado en el primer trimestre del embarazo, siendo la edad gestacional más común las 6 a 10 semanas. (Becerra, 2014)

Mortalidad

El embarazo ectópico es la principal causa de mortalidad materna durante el primer trimestre, lo que representa el 9% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. El riesgo de morir por un embarazo extrauterino es mayor que por el embarazo que termina en un hijo nacido vivo o que se interrumpe de forma intencional. Sin embargo, si se diagnostica en forma oportuna, mejoran tanto la supervivencia de la madre como la conservación de su capacidad reproductiva. (Becerra, 2014)

La tasa de mortalidad es similar en todos los grupos etarios, pero es cuatro veces mayor en afroamericanas y en otras razas no blancas que en mujeres de raza blanca. Por esta razón en EE.UU. una afroamericana tiene una probabilidad cinco veces mayor de morir de un embarazo ectópico que una mujer de raza blanca. (Becerra, 2014)

A pesar del aumento del número de casos, en los últimos años, hay una tendencia marcada a la disminución de la mortalidad del embarazo ectópico debido a un incremento de los controles prenatales, por lo que generalmente los casos nuevos de embarazos extrauterinos se presentan en madres de escasos recursos o que no han acudido al médico a los controles prenatales hasta que se han presentado los signos y síntomas clínicos de la enfermedad. (Becerra, 2014)

Fisiopatología

El embarazo ectópico después de una ovulación y fertilización naturales se asocia con factores de riesgo que lesionan la trompa y alteran el transporte del embrión tales como la cirugía tubárica previa (incluyendo la esterilización), la salpingitis, el embarazo ectópico previo (como resultado del tratamiento quirúrgico o por persistencia del factor de riesgo original), la endometriosis, las anomalías congénitas de las trompas y las adherencias secundarias a intervenciones quirúrgicas sobre el útero, el ovario y otros órganos pélvicos o abdominales. (Martin, De la Paz y Montero, 2013)

Cuando ocurre un embarazo en una usuaria del dispositivo intrauterino hay una probabilidad mayor de que sea ectópico debido a que el dispositivo previene más efectivamente el embarazo intrauterino que la implantación extrauterina. Aunque la fertilización in vitro y la inducción de la ovulación constituyen factores de riesgo importantes, se ha encontrado que los factores tubáricos (salpingitis o ectópico previos y cirugía) son los factores de riesgo más importantes para embarazo ectópico después de fertilización in vitro. (Martin, De la Paz y Montero, 2013)

Hay factores de riesgo: alteraciones anatómicas (>50%, por daño mucosa fimbria y altera transporte ciliar), trastornos hormonales (> estradiol o progesterona), o defectos del huevo fertilizado no hay irrigación suficiente, no hay distensión adecuada y trofoblasto invade espesor pared fertilizado. (Martin, De la Paz y Montero, 2013)

Etiología.

Hay una serie de factores que predisponen a los embarazos ectópicos. A pesar de ello, en una tercera parte o hasta la mitad de los embarazos ectópicos, no se identifican factores de riesgo predisponentes. En teoría, cualquier cosa que dificulte la migración

del embrión hacia la cavidad endometrial podría predisponer a las mujeres a la gestación ectópica.

Entre las principales causas de embarazos ectópicos en la actualidad se encuentran las infecciones tubéricas, especialmente por *Chlamydia Trachomatis* y el uso cada vez más frecuente de técnicas de reproducción asistida. (Martin, De la Paz y Montero, 2013)

Las infecciones tubéricas a repetición y las transmitidas por contacto sexual, especialmente las infecciones por *Chlamydia Trachomatis* son una causa importante (sino la más común) de embarazos ectópicos además de infertilidad en la mujer. Respecto al mecanismo exacto por el cual *Chlamydia Trachomatis* interviene en el origen de embarazos ectópicos, aún es un misterio. Es altamente probable que la bacteria induzca la presencia de citoquinas inflamatorias en la trompa de Falopio. Así, estudios han demostrado que la salpingitis por *Chlamydia* se asocia a un aumento de hasta 5 veces de TNF- α (Factor de Necrosis tumoral alfa) en el fluido tubárico. La inflamación de las trompas estrecha el canal tubárico y favorece la formación de un embarazo ectópico.

La fecundación In-Vitro es una causa cada vez más común de embarazos ectópicos, especialmente en mujeres que reciben este tratamiento debido a causas de infertilidad tubárica (usualmente como resultado de daño tubárico previo por cirugías pélvicas o de las trompas, infección o antecedentes de embarazos ectópicos) en comparación con aquellas que reciben este tratamiento por infertilidad masculina. Esto también es propiciado por que en este tipo de terapia de fertilidad se coloca más de un óvulo fecundado con el fin de aumentar las probabilidades de éxito del tratamiento. (Martin, De la Paz y Montero, 2013)

El transporte del embrión a través de la trompa de Falopio es controlado por la contracción del músculo liso y movimientos ciliares del epitelio de las trompas.

Factores hormonales, tales como las prostaglandinas, el óxido nítrico, prostaciclina o el AMPc (Adenosín monofosfato cíclico) pueden modular la contracción y jugar un rol fundamental en el transporte del embrión al útero. En adición a la contracción muscular lisa de las trompas de Falopio, la actividad ciliar de las trompas puede ser modificada por la presencia de hormonas esteroideas sexuales y de la IL-6 (Interleuquina 6). Cambios en el medio hormonal pueden producir una alteración de estos mecanismos de transporte y llevar a un embarazo extrauterino. (Martín, De la Paz y Montero, 2013)

El desarrollo embrionario precoz anormal a partir de un defecto cromosómico también puede dar lugar a una implantación ectópica. Un estudio analizó el cariotipo de embriones implantados ectópicamente demostrando una tasa de anormalidad cromosómica semejante a la de gestaciones intrauterinas.

La pérdida precoz de la zona pelúcida (capa externa del ovocito que le rodea y protege durante sus primeros días de desarrollo) del embrión, puede producir una anidación temprana en la trompa, con el consiguiente embarazo extrauterino. (Martín, De la Paz y Montero, 2013)

Enfermedad Pélvica Inflamatoria

Las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) tienen una alta incidencia de embarazos ectópicos. La causa más frecuente es el antecedente de infección causada por *Chlamydia trachomatis*. Los pacientes con infección por clamidias tienen una gama de presentaciones clínicas, desde una cervicitis asintomática hasta una salpingitis florida y una enfermedad inflamatoria pélvica. Esto resulta en una acumulación de tejido cicatrizal en las trompas de Falopio, causando daños a los cilios. Sin embargo, si los dos tubos se ven ocluidos por la EPI, el embarazo no se produce, y esto sería de protección contra un embarazo ectópico. La cirugía de trompas por tubos dañados puede quitar esta

protección y aumentar el riesgo de la aparición de un embarazo ectópico. (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

Más del 50% de las mujeres que han sido infectadas no se enteran que tuvieron la exposición. Otros organismos causantes de EPI, como la *Neisseria gonorrhoeae*, aumentan el riesgo de embarazo ectópico. Una historia de salpingitis aumenta el riesgo de embarazo ectópico unas 4 veces. La incidencia de daño tubarico, aumenta después de los episodios sucesivos de EPI, es decir, un 13% después de 1 episodio, 35% después de 2 episodios y 75% después de 3 episodios. (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

Factores de Riesgo

Un tercio de los EE se deben a la alteración de la morfología o el funcionalismo de la trompa, ya sea de causa infecciosa o secundaria a intervenciones quirúrgicas. Otro tercio se asocia al hábito tabáquico, mientras que el tercio restante no se asocia a ningún factor de riesgo. (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

Las infecciones pélvicas contribuyen al aumento del riesgo de gestión ectópica, siendo este aumento mayor con el mayor número de episodios.

La reproducción asistida incrementa el riesgo de EE hasta un 4% influenciado por la mayor tasa de patología tubárica y cirugía entre esta población. En el 85% de los casos se asocia a un factor tubárico como causa de la esterilidad o a una miomectomía previa.

El uso de anticonceptivos, tanto hormonales como mecánicos, previene del EE, sin embargo, en los fallos de anticoncepción el EE se asocia al uso de anticonceptivos con progestágenos solos, implantes de progesterona y dispositivos intrauterinos (DIU).

Entre las usuarias de DIU, el EE es más frecuente en las portadoras de DIU de Levonorgestel que los de cobre, mientras que las mujeres con una oclusión tubárica son más susceptibles de EE que aquellas en las que se realizó la técnica con electrocoagulación.

Múltiples condiciones de riesgo pueden ser causales de embarazos ectópicos. Los más importantes son: (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

- **Uso de dispositivo intrauterino:** con cualquier método anticonceptivo, el número absoluto de embarazos ectópicos disminuye porque también disminuye el número de embarazos. Sin embargo, al fallar estos métodos el número relativo de embarazos ectópicos aumenta. El uso de dispositivos intrauterinos (DIU) es un método anticonceptivo altamente efectivo, sin embargo, su falla y consecuente embarazo puede ocurrir en aproximadamente 2 de cada 100 mujeres por año de uso del DIU. Los embarazos generalmente ocurren durante el primer año.

A más de la presencia de embarazos normales, se pueden producir embarazos ectópicos en 0,4 - 0,7% de las usuarias de estos dispositivos, lo que, a pesar del bajo porcentaje, se destaca como el método contraceptivo que más predispone a esta patología. (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

- **Tabaquismo:** un reciente meta-análisis muestra que el hábito de fumar cigarrillos incrementa significativamente el riesgo de embarazo ectópico tubárico. Sin embargo, la razón por la que sucede esto no está establecida. Ciertamente, existe evidencia de que las trompas de Falopio son un objetivo del humo de cigarrillo. Con probabilidad, las sustancias químicas en el humo del cigarrillo alteran el transporte del embrión al útero reduciendo la actividad ciliar y muscular lisa de las trompas. A pesar de que existen estudios respecto a este mecanismo, sus resultados no fueron concluyentes. (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)
- **Embarazos ectópicos previos:** después de un embarazo ectópico previo, existe aproximadamente un $10\pm 3\%$ de tener otro.
- **Procedimientos quirúrgicos tubáricos:** mujeres con antecedentes de cirugía

tubárica ya sea esta para corregir la infecundidad o con fines de esterilización tienen mayor predisposición a un embarazo ectópico. En estudios, se determinó que el riesgo después de una cirugía tubárica por re-esterilización era del 6.7%

- **Edad:** Mientras mayor edad tenga la madre al momento del embarazo, mayor riesgo de embarazo ectópico. Así tenemos que las tasas más altas de embarazos ectópicos se dan en mujeres en edades entre los 35 y 44 años de edad.

Coito antes de los 18 años y promiscuidad: si bien existe una mayor incidencia de embarazos ectópicos en mujeres mayores, existe también un número nada despreciable de adolescentes que se embarazan y presentan embarazos ectópicos. Se cree esto se debe a la falta de madurez de los órganos reproductores de la adolescente, los cuales no transportan el óvulo fecundado a tiempo para implantarse en el endometrio y terminan implantándose fuera del útero.

Las prácticas sexuales con múltiples compañeros predisponen el contagio de infecciones de transmisión sexual, las cuales han demostrado incrementan el riesgo de embarazo ectópico.

Tratamiento

El tratamiento de un embarazo ectópico se limitaba a la cirugía. Con la evolución y la experiencia con el metotrexato, el tratamiento de algunos embarazos ectópicos ha cambiado de curso. El tratamiento médico de un embarazo ectópico es preferido sobre las opciones quirúrgicas por una serie de razones, incluida la eliminación de la morbilidad de la cirugía y la anestesia general, potencialmente menos daño tubario, menos costo y necesidad de hospitalización. (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

La paciente debe ser sometida a una operación de urgencia en la que se interrumpirá la gestación mediante extirpación o apertura de la trompa de falopio donde se aloja la placenta y el embrión. (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

• **Metotrexato**

Consiste en la administración de sustancias capaces de causar la muerte del blastocisto o embrión. Existen diferentes criterios de selección de estas pacientes:

- 1.- Estar en presencia de un embarazo ectópico no complicado, estable del punto de vista hemodinámico, con función normal del hígado y riñones.
- 2.- Un tiempo de embarazo menor a 6 semanas
- 3.- Masa anexial menor de 3, 5 cm de diámetro.
- 4.- Dosis bajas de HCG.

En Japón, en el año 1982 se realizaron los primeros tratamientos, por los cuales se recomendó el uso de esta sustancia para el embarazo intersticial. De estas comunicaciones iniciales se han realizado numerosas publicaciones que describen tratamientos exitosos para el embarazo ectópico, con la utilización de diferentes regímenes de metotrexate. La acción del metotrexate (es un análogo del ácido fólico) es inhibir a una enzima (la reductasa del dehidrofolato) por lo cual impide la síntesis del ácido desoxirribonucleico (ADN) en el embrión. (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

Cirugía

Con los avances en la capacidad de hacer un diagnóstico precoz y las mejoras en las técnicas de microcirugía, la cirugía conservadora ha sustituido a laparotomía con salpingectomía del pasado. En las últimas dos décadas se ha recomendado el abordaje quirúrgico más conservador para un embarazo ectópico no roto usando cirugía mínimamente invasiva para preservar la función de las trompas de Falopio y permitir a la paciente la oportunidad de mantener la fertilidad. Estas medidas incluyen la salpingectomía lineal y el ordeño del producto gestacional fuera de la ampolla distal. El

abordaje más radical incluye la resección del segmento de las trompas de Falopio que contiene la gestación.

La laparoscopia se ha convertido en el enfoque recomendado en la mayoría de los casos, se suele reservar para las pacientes que se encuentren hemodinámicamente inestables o pacientes con embarazos ectópicos cornuales. También es un método preferido para cirujanos sin experiencia en laparoscopia y en pacientes donde es difícil el abordaje laparoscópico, por ejemplo, secundaria a la presencia de múltiples y densas adherencias fibrosas, la obesidad o hemoperitoneo masivo. Múltiples estudios han demostrado que el tratamiento laparoscópico de un embarazo ectópico resulta en un menor número de adherencias postoperatorias que la laparotomía. Además, la laparoscopia se asocia a una pérdida significativamente menor de sangre y una menor necesidad de analgesia. Por último, la laparoscopia reduce el costo, hospitalización, y período de convalecencia. (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

Si la mujer quiere un embarazo a futuro y está hemodinámicamente estable, el tratamiento de elección es la salpingestomía lineal, un abordaje a lo largo de la cara antimesentérica de la trompa afectada con la subsecuente extracción de los productos de la concepción. Los embarazos ectópicos ubicados en la ampolla tubárica se encuentra por lo general entre la luz de la trompa y la serosa, por lo tanto, son candidatos ideales para la salpingectomía lineal.

En algunos casos, es preferible la resección del segmento de la trompa que contiene el producto de la gestación o una salpingectomía total a una salpingostomía. Es el caso de pacientes con un embarazo ístmicos o en pacientes con ruptura tubárica.

(Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

Complicaciones

La rotura de un embarazo ectópico provoca una hemorragia que puede ser gradual o rápida, en cuyo caso puede llegar a producir shock hemorrágico, la sangre peritoneal produce finalmente peritonitis.

La complicación más común es la ruptura con sangrado interno que lleva a que se presente shock, pero rara vez se presenta la muerte por esta causa. (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

Pronóstico

Un tercio de las mujeres que ha tenido un embarazo ectópico puede más adelante tener un bebé. Se puede presentar otro embarazo ectópico en una tercera parte de las mujeres. Algunas mujeres no vuelven a quedar embarazadas de nuevo.

La probabilidad de un embarazo exitoso depende de la edad de la mujer, ha tenido hijos, la razón por la cual se presentó el primer embarazo ectópico. (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

Prevención

Evitar los factores de riesgo para enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) como tener múltiples compañeros sexuales, tener relaciones sexuales sin condón y contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Diagnóstico y tratamiento oportunos de las enfermedades de transmisión sexual.

Diagnóstico y tratamiento oportunos de salpingitis y de enfermedad inflamatoria pélvica. (Mondragón, Velásquez y Zamaro, 2014)

Modelo teórico

Modelo de Virginia Henderson

El modelo se base en las necesidades humanas para la vida y la salud como un componente fundamental del cuidado de enfermería, considerando a la persona como un ser integral, con dimensiones biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, en interacción continua, que tiende al máximo desarrollo de sus potencialidades del individuo; considerando que el rol de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo a conservar o recuperar su salud, en este caso de estudio la enfermera que cuida al paciente en sala de recuperación debe en base de esta teoría debe organizar, analizar, interpretar los datos del paciente de acuerdo al PAE que le permite tomar las mejores decisiones que favorecen la rápida estabilización del paciente, en base a una gestión del cuidado enfermero sistematizada y eficaz con el objetivo de lograr lo más antes posible la independencia del paciente; otra razón por la que se utilizó este modelo teórico es que permite la utilización del lenguaje estandarizado NANDA, NIC y NOC, favoreciendo el intercambio de información y conocimientos basados en la investigación entre las enfermeras.

Capitulo III

Materiales y Metodos

Tipo y diseño

Es un estudio de tipo descriptivo y analítico. Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería que es el método científico aplicado en el cuidado de la paciente, el mismo que consta de cinco fases: valoración donde se realizó la recolección de los datos de forma sistemática y organizada; luego de organizados los datos se elaboraron los diagnósticos donde se realizó el análisis de los datos, la identificación de necesidades y problemas de salud, así como los riesgos y posibles complicaciones, que fueron plasmados en los diagnósticos de enfermería; una vez concluida esta fase se pasó a la planificación, donde se realizó la priorización de los diagnósticos enfermeros y CP, se elaboró los objetivos, los resultados esperados y las intervenciones de enfermería a realizar; luego en la ejecución se realizaron las intervenciones previamente planificadas, teniendo como meta fundamental la estabilización de la paciente y el cuidado integral en las áreas bio-psico-social -espiritual; finalmente se realizó la evaluación donde se determinó si los objetivos se cumplieron y la paciente mejoraba, permanecía estable o se deterioraba (Kozier y Erb, 2008).

Sujeto de estudio

Paciente adulta mujer de 24 años de edad, con diagnóstico de laparotomía exploratoria por una salpinguectomía complicada debido a un embarazo Ectópico complicado, en el servicio de centro quirúrgico del Hospital nacional dos de Mayo.

Delimitación geografía temporal

La unidad de recuperación central del Hospital Nacional Dos de Mayo se encuentra en el departamento de Lima, Provincia de Lima distrito de Lima.

Se encuentra ubicado en el tercer piso, es un ambiente con un área de 8x12 Mt que consta con 8 camas quirúrgicas con monitores y aspiradores empotrados, 01 ropero para ropa de cama quirúrgica, 01 coche para administrar el tratamiento, 01 coche de curaciones, 01 coche de paro, 01 desfibrilador, 01 monitor portátil para transportar pacientes a aéreas críticas y tomar tomografías, la unidad cuenta con enfermeras especialistas en recuperación postanestésica, 2 Enfermeras por cada turno de 12 horas que hacen un total de 10 enfermeras programadas en forma rotativo, 5 médicos anesthesiólogos rotando 1 por 12 horas diarias y un personal técnico asistencial cada 12 horas diarias.

Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista y como instrumento se utilizó el modelo de Virginia Henderson, adaptado por la investigadora, que consta de once patrones funcionales de salud, a saber: Patrón

- 1 Percepción – manejo de salud, Patrón
- 2 Nutricional – metabólico, Patrón
- 3 Eliminación, Patrón
- 4 Actividad – ejercicio, Patrón
- 5 Sueño – descanso, Patrón
- 6 Cognitivo – perceptual, Patrón
- 7 Autoconcepción - auto concepto, Patrón
- 8 Rol – relaciones, Patrón
- 9 Sexualidad – reproducción, Patrón
- 10 Adaptación – tolerancia al estrés y Patrón
- 11 Valores – creencias (Marjory Gordon- 2006).

Para la organización de los cuidados, se utilizó el formato del plan de cuidados funcional que consta de: diagnóstico enfermero, objetivo general, resultados esperados, intervenciones de enfermería, ejecución y evaluación.

Consideraciones Éticas.

Para la elaboración del presente trabajo de investigación, se solicitó el permiso a la paciente con el documento de consentimiento debidamente firmado, previa explicación de los procedimientos que consta el estudio.

Se explica a la paciente que se garantizará la confiabilidad y reserva del caso.

Todos los procedimientos realizados en el presente estudio preservaron la integridad y los derechos fundamentales de la paciente, de acuerdo los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y los principios de bio ética aplicados en la investigación. Autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La beneficencia y no maleficencia son principios éticos que buscan hacer el bien a la persona y evitar el daño o dolo, asimismo ayudarlos a obtener lo que es bueno para ellos y que promueva su bienestar reduciendo a lo mínimo los riesgos que puedan causar daños físicos o psicológicos a la persona.

En el cuidado directo a la paciente se ha tenido presente los principios de responsabilidad, respeto, confidencialidad, consentimiento informado, confianza y dignidad.

Al respecto White (1995), referido por Paredes, manifiesta que los profesionales de enfermería son los responsables del cuidado que brindan al paciente, siendo preciso que recuerden siempre que al desempeñar sus quehaceres en el cotidiano están sirviendo al Señor y que hay ángeles de Dios en las habitaciones donde son atendidos los enfermos y el entorno que rodea a quienes los atienden debe ser puro y fragante.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 9

Dolor agudo relacionado a herida operatorio evidenciando por gestos, quejidos, afasia de dolor

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
1. Diagnóstico 1	Paciente presentará disminución del dolor después del tratamiento recibido		

Tabla 10

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
2. Diagnóstico 2	Paciente disminuye riesgo de infección su estancia en el servicio		

Tabla 11

Déficit de volumen de líquidos, relacionado con la pérdida de líquidos

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
3. Diagnóstico 3	Paciente presentara adecuado volumen de líquidos durante el turno		

Tabla 12

Hemorragia relacionado, sangrado moderado

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
4. Diagnóstico 4	Paciente no presentara sangrado solo de menos intensidad		

Tabla 13

Hipotermia relacionada con temperatura baja evidenciando piel fría, escalofríos

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
5. Diagnóstico 5	Paciente presentara hipotermia aliviada en el turno. Paciente presentara temperatura 36-37°C		

Análisis de los diagnósticos

Dolor agudo relaciona herida operatoria evidenciando por gestos, quejidos y afasia de dolor.

Hans (2017) opina que los Gestos son una forma importante de comunicación no verbal o comunicación no vocal en la que expresiones corporales visibles comunicar. (p. 105)

Hyfriz (2013) identifica los quejidos, como lamentaciones, expresión o suspiro de dolor o pena, lo dice el autor. (p. 89)

Afasia de dolor, es una sensación de sufrimiento, agonía y tensión cansada por la estimulación de fibras en el sistema nervioso lo dice (Hans, 2017).

Riesgo de infección, relacionado a procedimiento invasivo, evidenciando por catéter venoso periférico por fijación insuficiente de catéter que da lugar a molestias de dolor y la sonda Foley dando incomodidad al diámetro de la sonda Foley. (Hans, 2017)

Según Krakiw (2018) el catéter periférico es un tubo delgado y flexible que se inserta a una vena, puede utilizarse para administrar fármacos y perfundir líquidos, sangre, lo dice (p. 56).

Sin embargo, Hgalth (2014) opina que la sonda Foley es un tubo flexible estéril sin gérmenes de un material látex, silicona que pasa a la uretra y hacia adentro de la vejiga. (p. 89)

La paciente en estudio que presenta riesgo de vías de seguridad es prevenir infección de vías urinarias asociados a otras enfermedades, según Ferrero (2004).

Discusión:

La paciente presenta el diagnóstico de Laparotomía Exploratoria, salpinguectomía izquierda por un embarazo ectópico que es la implantación del embrión que se produce fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina.

Durante este procedimiento presento complicaciones durante su recuperación debido a sus dificultades por su diagnóstico de ingreso, dolor agudo relacionado a herida operatoria evidenciado por gestos, quejidos y facie de expresión de dolor; vemos como la paciente con las intervenciones realizadas fueron solucionadas sus problemas, logrando la mejoría de la paciente; Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos, vemos que los problemas de infección fueron solucionadas por las intervenciones realizadas logrando eliminar el riesgo de infección; Riesgo de déficit de volumen de líquidos, con las intervenciones realizadas vemos que se logra las intervenciones realizadas logrando cumplir con las actividades realizadas; CP Hemorragia, vemos que con el diagnóstico de hemorragia realizaremos intervenciones de enfermería para lograr la disminución del sangrado; Hipotermia relacionado a temperatura baja evidenciado por piel fría y diaforesis, se observa que La paciente presenta problemas de hipotermia y se realiza intervenciones programadas fueron solucionadas y se llega a lograr el objetivo programado.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

El diagnóstico riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos evidenciado por presencia de vía endovenosa y sonda vesical tuvo como objetivo

mantener a la paciente libre de riesgo de infección durante su estancia en la unidad de centro quirúrgico, el mismo que fue resuelto con las intervenciones que se ejecutaron a la paciente, lográndose el objetivo completamente manteniendo a la paciente segura y libre de signos de infección.

El diagnóstico enfermero dolor agudo que tuvo como objetivo disminuir el dolor en el paciente, fue resuelto luego de las intervenciones de enfermería, considerando que la paciente expresa verbalmente que el dolor casi ha desaparecido al término del turno, Se observa expresión facial relajada.

Recomendaciones

Implementar planes de cuidado de enfermería estandarizados de acuerdo a las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en el servicio con las patologías de atención más frecuentes en la Unidad de Recuperación postanestésica del Hospital Nacional Dos de Mayo, a fin de agilizar los procesos en el cuidado directo al paciente.

Implementar y difundir el manual de procedimientos en la Unidad de Recuperación postanestésica para dar seguridad en el manejo de los diferentes procedimientos y fortalecer la práctica clínica.

Implementar una guía de valoración de ingreso y diaria para la atención del paciente post operado inmediato en la unidad de recuperación post anestésica del hospital Nacional Dos de Mayo, con el fin de protocolizar la recolección sistemática de datos y agilizar el plan de cuidados en la atención directa al paciente, con el propósito de atender las necesidades inmediatas y mejorar las respuestas no resueltas en la atención al paciente.

El profesional de enfermería de la unidad de recuperación post anestésica debe conocer el manejo y aplicación del proceso de atención de enfermería como instrumento para brindar los cuidados al paciente.

Referencia Bibliográficas

Alfaro-lefevre R. (2016) Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. 3ª ed.
Barcelona: Doyma.

- Bautista M. 2011 Incidencia y correlación clínico-patológica del embarazo ectópico en el Hospital Arzobispo Loayza 1985-1989. *Ginecol Obstet (Perú)*.
- Becerra N. (2014) Aplicación de las Normas de Bioseguridad de los Profesionales de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud.
- Cabrera I, Perales I, Romero G. 2013 Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital Base de Los Angeles. *Rev Chil Obstet Ginecol*.
- Carpenito, L. (2015) Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ta ed. España: Mc GrawHill interamericana.
- Cuningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. 2013. Embarazo ectópico. En: *Williams Obstetricia*. 23a ed. USA: McGraw Hill Education
- Dinarello CA, Gelfand JA. (2014) Fiebre e hipertermia. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 15th ed. Madrid: McGraw Hill.
- Dowd T. (2015) La teoría del confort. En: Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª. ed. Elsevier-Mosby.
- Faneite P, Amato R, Faneite J, Rivera C, Palacios L. 2016 Embarazo ectópico. 2000-2016. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*.
- Gillies D. (2014) *Gestión de Enfermería: una aproximación a los sistemas*. Barcelona: Masson.
- Hendersón V. (2013) *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: C.I.E.
- López-Luque P., Bergal-Mateo G., López-Olivares M. (2014) El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Semergen*
- Luglio J, Díaz L, Cáceres E. 2013 Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, entre 1998 y 2002. *Rev Med Hered*.

- Martín Morales L., De la Paz L. y Montero S. (2013) Embarazo ectópico abdominal. Informe de caso. Medicentro.
- Martínez A, 2013. “Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza” Perú.
- Méndez M, Grandeño A, Murillo J. (2014) ¿Cuánto y a quiénes transfundimos? características de las transfusiones transoperatorias en el hospital general de Culiacán. Sociedad Médica del Hospital General de Culiacán “*Dr. Bernardo J. Gastélum*”. Arch Salud Sin.
- Mondragón H., Velázquez Cornejo G. y Zamaro Ramírez L. (2014) Embarazo ectópico abdominal primario. Rev Mex Med Reprod.
- Moreno Martinez P. 2015. “Abordaje Quirúrgico Del Embarazo Ectópico Complicado En El Hospital María Auxiliadora año 2014”; Perú.
- Ovejero G., Bermúdez García Á., Pérez Martín J. y García R. (2011) Hemoperitoneo masivo asociado a embarazo ectópico: revisión de su manejo diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Semergen.
- Pato Mosquera M, Castro Vilar L, Borrajo Hernández E, Araujo Fernández J. (2013) Embarazo ectópico ovárico. Prog Obstet Ginecolog.
- Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. (2014) Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva.
- Phaneuf M. (2014) Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Riopelle L et. al. (2013) Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Rodríguez Morales Y. 2014. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana ObstetGinecol v.36 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar.

- Rodríguez, S. (2013) Complicaciones de la terapia intravenosa como causa de la prolongación de la estancia hospitalaria. Argentina: Enfermería científica.
- San Martín M. 2014 Aspectos epidemiológicos y clínicos del diagnóstico del Embarazo Ectópico. ActGinecol.
- Stovall T. 2012 Aborto precoz y embarazo ectópico. En: Berek J. Ginecología de Novak. 14a ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins.
- Torres P. 2013. “Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011 - Julio 2012”, Ecuador.
- Troncoso JL, Devoto L, Santamaría R, Fuentes A. 2013 Tratamiento médico del embarazo ectópico: Evaluación prospectiva de la fertilidad. Rev Chil Obstet Ginecol.
- Urrutia M, Poupin L, Alarcón P, Rodríguez M, Stuvén L. 2015 Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. Rev Chil Obstet Ginecol.
- Yglesias E. 2011 Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. Rev Peru Epidemiol.
- Parra, M y Otros. Reflexionas acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. Tomado de <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/102/lectura-obligatoria-1-1.pdf>

Apéndices

Apéndice A

GUIA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA URPA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

DATOS GENERALES	
Nombre del usuario: <u>Dait Armas Romani</u>	Fecha de nacimiento: <u>06/11/1999</u> Edad: <u>24</u> Sexo: <u>F.</u>
Fecha de ingreso al servicio: _____ Hora: _____ Grupo Sanguíneo: <u>O</u> RH: <u>T</u>	
Procedencia: Ambulatorio _____ Hospitalizado _____ Emergencia <u>X</u> Otro _____	N° H.C.L.: <u>2465070</u>
Peso: <u>60kg</u> Estatura: <u>1.57</u> Condición: Particular () SIS () SOAT ()	
Dx. PRE Operatorio: <u>Embarazo Ectópico Completo</u> Interv. Quirúrgica Realizada: _____	
Dx. Post Ope: <u>CPE, Salpingectomía complicada por un embarazo Ectópico.</u>	
Médico cirujano: <u>Ortizola</u>	Médico Anestesiólogo: _____
Tiempo Oper: <u>1h.</u> Fecha de valoración: <u>28/01/2018</u> F. V.: PA: <u>118/60</u> FC: <u>108</u> FR: <u>20</u> T°: <u>36°C.</u>	

PATRON PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y/o Int. Quirúrgicas:

HTA () DM () Gastritis/ulcera () TBC () Asma () Cardiov. ()

VDRL () HIV () SIFILISIS () Anticonceptivos () Especificar: _____

Otros: _____ Sin problemas importantes

Intervenciones quirúrgicas NO (→) SI ()

Alergias y otras reacciones

Ninguna

Fármacos: _____

Alimentos: _____

Otros: _____

Factores de riesgo

Consumo de tabaco NO (→) SI () Consumo de drogas NO (→) SI ()

Consumo de alcohol NO (→) SI ()

Medicamentos (indicación médica)

PATRON DE RELACIONES-ROL (ASPECTO SOCIAL)

Ocupación: Trabajo eventual.

Estado civil: Soltero (X) Casado/a ()

Conviviente () Divorciado/a () Otro _____

¿Con quién vive?

Solo () Con su familia (X) Otros _____

Fuentes de apoyo: Familia (X) Amigos () Otros _____

Fam. Responsable: Mama.

Dirección: _____ Fono: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA
ALA SITUACION Y AL ESTRESS

Estado emocional:

Colabora (X) No Colabora () Tranquilo () Ansioso ()

Negativo () Triste-lloroso () Reservado () Temeroso ()

Irritable () Indiferente ()

Preocupaciones principales /comentarios:

Preocupada por su operaciónFamiliares preocupados

PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO

Piel: Fria (X) Caliente () Tibia () Turgente ()

Coloración: Normal () Pálida (X) Cianótica () Ictérica ()

Hidratación: SI () NO ()

Integridad de la piel: Intacta (X) Lesiones () UPP ()

Especificar: _____

Rash: NO (→) SI ()

Especificar: _____

Descripción: _____

Cavidad Bucal:

Dentadura: Completa (X) Ausente () Incompleta () Prótesis ()

Mucosa oral: Seca (X) Hidratada () Intacta () Lesiones ()

Tamaño:

Nauseas () Vómitos () Hematemesis () Pirosis () Cantidad: _____

SNG: NO () SI () Alimentación () Drenaje: _____

Abdomen: B/D () Globuloso () Distendido () Timpánico () Doloroso ()

RHA: Presentes () Disminuidos () Ausentes (X) Aumentados ()

Herida operatoria

Sangrado herida operatoria: Nulo () Escaso (X) Moderado () Severo ()

Cantidad: = _____ Drenaje () Especifique: _____

Características: Seroso () Serohemática () Hemática ()

Oclusión herida operatoria: Apósito (X) Gasa () Steri Strip ()

Venda elástica () otros: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRON DE ELIMINACION

Presencia de líneas invasivas:

Tipo: Sonda Foley SI (X) NO () Talla Vesical SI () NO ()

Irrigación vesical: SI () NO () Cant. por pasar: _____

Características de la orina: Clara () Colúrica (X) Hematúrica () Sedimentosa ()

Cantidad: _____

Colostomía: SI () NO ()

Características: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRON DE ACTIVIDAD-EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: Superficial Profunda

Disnea: NO (X) SI ()

Polipnea: NO (X) SI ()

Otros: _____

Bronco espasmo: NO () SI ()

Ruidos respiratorios: Claros (X) Disminuidos () Ausentes ()

Crepitantes () Roncantes () Sibilantes ()

Tos ineficaz: NO (X) SI ()

Reflejo de la tos: Presente () Disminuido () Ausente ()

Secreciones: NO (X) SI ()

Características: _____

O2: NO () SI () Modo: _____ L/min FiO2: _____

TET () Traqueotomía () VM () TM) Sat O2: _____

Drenaje torácico: D/I NO () SI ()

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Ruidos cardiacos: Rítmicos (✓) Arrítmicos ()
 Pulso: 110 X Regular () Irregular ()
 Pulso periférico: Normal () Disminuido () Ausente ()
 Llenado capilar: _____
 Edema: NO () SI () Localización: _____

+(0 - 0.65 cm) ++ (0.65 - 1.25cm) +++ (1.25 - 2.50cm)
 Riego periférico
 MII Tibia Fria (✓) Caliente
 MID Tibia Fria (✓) Caliente
 MSI Tibia Fria (✓) Caliente
 MSD Tibia Fria (✓) Caliente
 Marcapaso: NO () SI ()
 Presencia de líneas invasivas:
 Catéter Venoso periférico: SI ()
 Catéter Central: _____
 Línea arterial: _____
 Catéter epidural: _____
 Transfusiones SI () NO () VENDAJES SI () NO () Especifique: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente (✓) 3= Totalmente dependiente ()
 2= Parcialmente dependiente ()

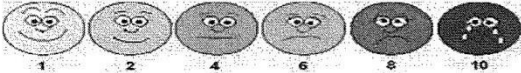
Movilidad de miembros: Conservada (✓) Flacidez ()
 Contractura () Parálisis ()
 Fuerza muscular: Conservada () Disminuida ()
 Comentarios adicionales: _____

PATRON DESCANSO-SUEÑO

Problemas para dormir: NO (✓) SI () Especificar: _____

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Escala de Valoración del Dolor EVA:



Puntaje 0 al 10: _____

ESCALA DE SEDACION - AGITACION RASS:

Pu nt os	TERMINO	DESCRIPCION	
4	AGRESIVO	Abiertamente combativo, violeto, peligro inmediato para el personal	
3	MUY AGITADO	Se quita o tira del tubo o los catéteres, agresivo.	
2	AGITADO	Frecuentes movimientos sin propósito. Lucha con el respirador	
1	INTRANQUIL O	Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos	
0	ALERTA Y TRANQUILO		
-1	SOMNOLIENT O	No completamente alerta, pero tiene un despertar mantenido (apertura de los ojos y contacto visual) a la llamada (> 10seg)	ESTIM ULO
-2	SEDACION LIGERA	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada (< 10 seg)	VERB AL
-3	SEDACION MODERADA	Movimiento o apertura de ojos a la llamada (pero no contacto visual)	
-4	SEDACION PROFUNDA	No responde a la llamada pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física.	ESTIM ULO
-5	NO DESPERTABLE	No responde a la llamada ni a estímulos fijos.	FISIC O

HORA	PUNTAJE	HORA	PUNTAJE	HORA	PUNTAJE

ESCALA DE ALDRETE:

Escala de Aldrete	0	1	2
Actividades		✓	
Respiración		✓	
Circulación		✓	
Estado de conciencia		✓	
Saturación De oxígeno		✓	
TOTAL			

Genitales:
 Sangrado vaginal: Nulo () Escaso () Moderado (✓) Severo ()
 Características: _____
 Tapón Vaginal: NO (✓) SI ()

Religión: católica.
 Restricciones religió: _____
 Comentarios adicionales: _____

Tratamiento médico actual:
 INPO.
 Dexpasa 5l. 1000cc I(i) y I-II
 Ceftriaxona 2gr. EV q/24h
 Tramal 50mg EV q
 Metveloprimida 10mg EV q/8h
 CIVAS 1.100cc

Exámenes de laboratorio:

Firma y Sello de la Enfermera

Apéndice B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a Pat. Preparado”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Esther Melgarjo Delacruz bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas. 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 del padre, madre o tutor José Armas Romanos

DNI: _____ Fecha: 28-01-2018

José Armas Romanos

Firma del padre, madre o tutor

Apéndice C: Kárdex



PERÚ Ministerio de Salud "HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO"

Diagnóstico: PO LPE: Salpingoetomía parcial, fecha de ingreso: 28-01-18
 Izquierda por embargo cetero cefalico
 Fecha de operación: Cirujano: Dr. Onihuela

NOMBRE: Dait Armas Romayna EDAD: 24 años CAMA: 3 SERVICIO: Reoperación H.C.: 2463070

	Fecha: Dieta:			
TERAPÉUTICA	28-0-18 NPO			
Dextrosa 5% 1000 Hiposodio 2 amp. >	I - II 30px'			
Ceftiaxona 2gr. q/24 horas	6pu			
CLNa 9% 100cc Tramid 50mg 1ay. > c/8 horas	2-10-6			
Metoclopramida 10mg 1ay. >				
Sonda vesical permeable q/4 horas →				

EQ.IMP.JGSS.HNDM.

TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA

Apéndice D

Fichas farmacológicas

Ceftriaxona

Genérico

Ceftriaxona

Comercial

Rocefin

Indicaciones

Tratamiento de infecciones severas debidas a gérmenes sensibles a la Ceftriaxona, tales como: Septicemia, infecciones de huesos y articulaciones infecciones pélvicas de la mujer infecciones intra abdominal, neumonía, infección de piel y tejidos, infección complicadas de vías urinarias producido por organismos sensibles.

Mecanismo de Acción

La Ceftriaxona como todos los antibióticos es bactericida inhibiendo los ligados de la penicilina.

Reacciones adversas y efectos

Ninguno.

Dosis

2 gr. Cada 24 horas.

Cuidados de enfermería

Dos tratamientos exactos y en un tiempo determinado de la dosis.

Tramal***Genérico***

Tramadol

Comercial

Tramal

Tratamiento

Alivia el dolor de intensidad moderada a aguda.

Mecanismo de acción

Es un analgésico cuyo efecto se basa en la creación del fármaco en el sistema nervioso central.

Reacción adversa y efectos

Si es alérgico es intoxicante de acción aguda a grave.

Dosis

100 miligramos cada 8 horas.

Cuidados de enfermería

La administración debe ser bureta y lento.

Metoclopramida

Es un antiemético y agente procinético.

Genérico

Metoclopramida

Comercial

Primperan

Indicaciones y tratamiento

Se utiliza comúnmente para tratar las náuseas y el vómito, para facilitar el vaciamiento gástrico.

Mecanismo de creación

Actúa en dos niveles, por un lado a nivel cerebral donde bloquea la respuesta ante estímulos provenientes de sustancias irritantes localizada en el estómago o en la sangre.

Reacción adversas

Presenta dificultad para hablar o tragar, mareo, latido cardiaco irregular o rápido, fiebre, debilidad, hipertensión, temblor, movimientos incontrolados de brazos y piernas.

Dosis

10 mg. Cada 8 horas.

Cuidados de enfermería

Atender su uso según indicaciones exhorta y en el tiempo con un micro gotero.

Apéndice E

Valoración posoperatoria

Escala de evolución de Aldrete

III.-EVOLUCIÓN:

ESCALA DE ALDRETE		INGRESO	ALTA
ACTIVIDAD:	4 extremidades	2	2
	2 extremidades	1	1
	0 extremidades	0	0
RESPIRACIÓN:	Correcta	2	2
	Dificultosa	1	1
	Con ayuda	0	0
CIRCULACIÓN:	TA \pm 20% Basal	2	2
	TA \pm 50% Basal	1	1
	TA > 50% Dific.	0	0
CONCIENCIA:	Totalmente despierto	2	2
	Despierta a llamada	1	1
	No responde	0	0
COLORACIÓN:	Rosada	2	2
	Pálida	1	1
	Cianótica	0	0
TOTAL:			

Escalas de dolor

