



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciada en Enfermería

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 32 AÑOS CON EMBARAZO ECTOPICO ROTO

AUTORA

ANGEE MAYLIN LEON VERA

TUTORA

LCDA. LIDICE LORENA OTERO TOBAR, MSC

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2021

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEÓRICO	7
1.1. Justificación	13
1.2. Objetivos	14
1.2.1. Objetivo General	14
1.2.2. Objetivos Específicos	14
1.3. Datos Generales	14
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	15
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	15
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	15
2.3. Examen físico (exploración clínica).	16
2.3.1. Valoración cefalocaudal.	16
2.3.2. Valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Marjory Gordon.	17

2.3.3. Patrones Funcionales Alterados.	19
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.	19
2.5. Formulación del diagnostico presuntivo, diferencial y definitivo.....	20
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	21
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	24
2.8. Seguimiento.....	26
2.9. Observaciones	30
CONCLUSIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS	34

DEDICATORIA

Dedico este caso clínico ante todo a Dios por guiar mi camino en cada paso que doy, fortalecer mi corazón y brindarme la capacidad y sabiduría para realizar este estudio.

A mi familia, en especial a mi madre y a mi padre que sé que desde el cielo siempre me cuida y me protege en cada paso que doy, ya que son los pilares fundamentales por haberme apoyado en todo momento con sus consejos, sus valores y la motivación constante que me han permitido ser una persona de bien y sobre todo por su incondicional amor el cual me impulsa día a día, para obtener mi título universitario.

Angee Maylin León Vera

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por todas las bendiciones que me brinda cada día, y ser ese apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad, todo lo que puedo llegar a hacer es gracias a él. A mi familia ya que con su trabajo y honradez han sido un ejemplo de superación para mí. A mi querida Universidad Técnica De Babahoyo, a mi estimada Tutora y docentes, que durante mi etapa de estudiante me brindaron e impartieron sus conocimientos, los cuales me han servido de guía para la elaboración del estudio de caso. A mis compañeros y amigos por ser un apoyo en esta importante etapa de mi vida.

Angee Maylin León Vera

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 32 AÑOS CON
EMBARAZO ECTOPICO ROTO**

RESUMEN

El presente caso clínico se implementó en el Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López, pertenece a una paciente femenina de 32 años de edad, ingresando al área de emergencia acompañada de su esposo consciente, orientada en tiempo, espacio y persona con un cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado de dolor moderado en la región del hipogástrico y la fosa iliaca derecha, taquicardia, malestar, amenorrea, fecha de última menstruación (FUM) hace seis semanas, con prueba de embarazo positivo, en ecografía se encuentra útero vacío, ovario derecho con presencia de cuerpo lúteo de 25 x 25 mm que asemeja a un quiste, se evidencia presencia de líquido en el área pélvica, se prosigue realizar laparoscopia en la misma se encuentra embarazo ectópico en trompa de Falopio de lado derecho.

Palabras claves: Embarazo Ectópico, Laparoscopia, Amenorrea, Dolor.

ABSTRACT

The present clinical case was implemented in the Basic Hospital of Dr. Rafael Serrano López, it belongs to a 32-year-old female patient, entering the emergency area accompanied by her conscious husband, oriented in time, space and person with a clinical picture of 5 hours of evolution characterized by moderate pain in the region of the hypogastric and the right iliac fossa, tachycardia, malaise, amenorrhea, date of last menstruation (LMP) six weeks, with positive pregnancy test, in ultrasound an empty uterus, right ovary with presence of a 25 x 25 mm corpus luteum that resembles a cyst, the presence of fluid is evidenced in the pelvic area, laparoscopy is continued, an ectopic pregnancy is found in the fallopian.

Key words: Ectopic pregnancy, laparoscopy, amenorrhea, pain.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es cuando el saco gestacional se encuentra en una ubicación extrauterina, con mayor frecuencia ubicados en las trompas de Falopio y menor frecuencia en el área cervical, ovárica, abdominal o cualquier otra región fuera del útero, se caracteriza por la triada conformada de metrorragia, amenorrea y dolor abdominal, entre los diferentes factores de riesgo están el daño tubario, técnicas de reproducción asistida, la enfermedad pelviana inflamatoria, múltipara, endometriosis.

Es de gran importancia el índice de mortalidad de emergencias ginecobstetras, así mismo diferenciar las manifestaciones clínicas en la paciente ya sea de procesos ginecológicos, gastrointestinales y urológicos.

El presente caso clínico se refiere al embarazo ectópico/extrauterino en el mismo se aplica el proceso de atención en enfermería aplicando las cinco fases del proceso iniciando con una valoración a través de la exploración física, entrevista y patrones funcionales, seguido de los hallazgos encontrados determinar los diagnósticos enfermero para posteriormente planificar los cuidados a brindar acorde al cuadro clínico presentado para su ejecución y seguidamente evaluación del pacientes pre y post aplicación de las intervenciones de enfermería.

I. MARCO TEÓRICO

Embarazo Ectópico

El embarazo ectópico proviene del griego “ektopos” significa fuera de lugar o ubicación anatómica inadecuada, también es conocido como embarazo extrauterino, haciendo referencia al saco gestacional se implanta en un sitio distinto al endometrio en el organismo. La anidación del blastocito, se podría quedar obstruido en la trompa de Falopio o el ovulo fecundado tendrá movimientos lentos, evitando llegar a su destino la cavidad uterina. (Hu Liang, H., et al. 2019, pág. 28)

Fisiopatología del embarazo ectópico

Tanto en un embarazo normal como ectópico tiene similitud el trofoblasto secretando secreta hormona gonadotropina coriónica (HGC), así mismo el cuerpo lúteo se mantiene las mismas segregan estrógeno y progesterona suficiente para ejercer cambios maternos en la primera etapa del periodo de gestación. Facilitando el progreso de las primeras semanas, asegurando ser calmadas, la fecundación fue normal, lo patológico está en la implantación del huevo en una ubicación anatómica inadecuada, sin embargo, el huevo está destinado a sucumbir debido al poder destructor del trofoblasto también ante una la barrera decidual escasa.

Se considera que las razones de la implantación en un lugar inadecuado corresponden a los factores ovulares y tubarios los mismos producen: aplaza, desvía o incapacita la migración del huevo, el mismo adelanta su capacidad de implantarse. (Fernández Arenas, C., 2011, págs. 88 - 89)

Etiopatogenia

El embarazo ectópico es de carácter idiopática, puesto que su localización es inestable, su detección oportuna será intrincado. Se relaciona a cualquier causante que afecte a la capacidad de la trompa para transportar los gametos o embriones que beneficiara a la implantación ectópica, asociándose a una serie manifestaciones clínicas que pasan desprevenidos hasta una edad gestacional

avanzada pues el endometrio responderá a los cambios hormonales del embarazo. Todas las situaciones que influyen al desarrollo de un embarazo ectópico comparten la producción de una lesión del epitelio tubárico y/o la interrumpen la movilidad de las trompas.

El embrión anómalo implantado presentando anomalías y en el 80% de los embarazos ectópicos se interrumpe naturalmente, en la mitad de los casos sucede el aborto tubárico espontáneo. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2007, pág. 377)

Entre los diferentes mecanismos para identificar las probables razones de origen múltiple del embarazo ectópico se encuentran: alteración en la motilidad tubular o disfunción ciliar, obstrucción tubárica anatómica, además de factores moleculares los cuales estimulan y fomenta una implantación tubárica. (Espinoza Garita, S., et al. 2021, pág. 679)

Localización

Por lo general la implantación inadecuada ocurre en el 98% de los casos en las trompas de Falopio, describiendo el siguiente porcentaje en sus partes: 80% de los casos en la porción ampulla, 12% de los casos en la porción ístmica, 2.2% de los casos en la porción intersticial y 6% de los casos en la porción fimbrias. Existen diferentes ubicaciones anatómicas raras 0.15% de los casos en el ovario, 0.15% de los casos en el cérvix y el 1.4% de los casos en el abdomen. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2007)

Clasificación del Embarazo Ectópico

Se clasifica el embarazo ectópico acorde al momento de implantación, lugar de implantación y cantidad de embarazo que a continuación se detallan:

Momento de la implantación: Puede ser primitivos los mismos son en el punto de implantación de la gesta o secundarios cuando cambia su localización inicial, posteriormente cambia, en casos abdominales o crónicos.

Lugar de implantación: Puede ser en las trompas de Falopio, anexos ováricos, cavidad abdominal y en lugares anormales del útero.

Cantidad de embarazos: Sucede en casos de embarazos ectópicos gemelares, bilaterales, heterotópico o muñón de trompa de Falopio con intervención quirúrgica. (Fernández Arenas, C., 2011, págs. 90 - 91)

Cuadro Clínico

Usualmente el embarazo ectópico su cuadro clínico se caracteriza por metrorragia se muestra por el desarrollo del desprendimiento decidua, dolor abdominal tipo cólico ubicado en las regiones de las fosas ilíacas, la intensidad del dolor aumenta en el lado donde se ubica la implantación y amenorrea.

Además de tener otras manifestaciones clínicas como: deposiciones líquidas, mareos, proctalgia, presión rectal, dolor en hombro, sensibilización en movilidad aneal o cervical, en varios casos se palpa masa dolorosa que indica embarazo ectópico. En casos de embarazo ectópico roto o hemoperitoneo presentando un cuadro clínico de hipotensión, taquicardia, disminución del hematocrito y disnea

En algunos casos presentan abdomen agudo y shock por la hemorragia severa intraabdominal debido a la separación de la placenta, ruptura de los vasos sanguíneos maternos o vísceras. (Espinoza Garita, S., et al. 2021, pág. 679)

Diagnóstico

El diagnóstico de un embarazo ectópico “va a depender de tres puntos principales: exploración física, ultrasonido transvaginal, medición cuantitativa de los valores seriadas de la fracción beta gonadotropina coriónica humana” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2007, pág. 378)

Estudio y valoración de diagnóstico

Exámenes de Laboratorio: Valores de los niveles de β -hCG (si los trastornos de la paciente lo permiten). Antes de las 6 semanas de gestación la progesterona es un nivel inferior lo cual apoya el diagnóstico.

Técnicas de imagen: Ecografía transvaginal o abdomino pélvico

Procedimientos diagnósticos: Anamnesis y examen físico, nivel de β -hCG en suero y ecografía. (Smith, R., 2004)

Exploración clínica

En la exploración en la “zona pélvica se localiza dolor a la movilidad cervical, además de palpase masa anexial dolorosa; cuando ocurre la rotura del embarazo ectópico presentación irritación peritoneal y shock en los casos extremos” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2007, pág. 378)

Análisis de beta de la gonadotropina coriónica β -hCG

La beta de la gonadotropina coriónica β -hCG es primordial marcador endocrino en periodo de gestación, es el nivel sérico situado en valores de 2000 mUI/ml, no obstante, una gesta normal es evidente a los 3500 mUI/ml. Es importante la medición cuantitativa para apoyar el diagnóstico de embarazo ectópico. (Rock, J.A., y Jones H.W. , 2006, pág. 538)

Ultrasonido

“Para localizar el saco gestacional con saco vitelino o embrión al nivel anexial, se encuentran hallazgos como masa heterogénea ubicada inadecuadamente, también se puede presentar como un anillo ecogénico en gran parte de los embarazos ectópicos” (Espinoza Garita, S., et al. 2021, pág. 679)

Laparoscopia

“Es estimada como el patrón oro promete la oportunidad de diagnóstico y tratamiento quirúrgico a través de la observación de toda la pelvis y otros órganos peritoneales, además de observar las trompas de Falopio, adherencias y endometriosis pélvica” (Rock, J.A., y Jones H.W. , 2006)

Factores de riesgo

Existen diferentes factores de riesgo que relacionan al embarazo ectópico a continuación se mencionan: esterilización y/o intervención quirúrgica tubárica, antecedente de un embarazo ectópico, métodos anticonceptivos intrauterino, exposición intrauterina a dietilestilbestrol, intervención quirúrgica pelviana,

infertilidad, infecciones pélvicas, múltiples parejas sexuales, realización de duchas vaginales, antecedentes de tabaquismo y primer coito en edades menores de 18 años. (Peralta Domínguez, A. M., et al. 2014)

Tratamiento

La terapéutica para el embarazo ectópico es muy variada, será de acuerdo a su cuadro clínico o a sus complicaciones, pasando de salpingectomía laparotómica a la laparoscopia, y a la incorporación a la farmacoterapia. Todo esto con la obtención de diagnósticos tempranos, certeros, las mismas permitan un rápido tratamiento destinado a conservar las trompas de Falopio y la función reproductiva. (Fernández Arenas, C., 2011, pág. 94)

Manejo médico: Después de vigilar rigurosamente el cuadro clínico se empleará la terapéutica con metotrexato que es un antagonista del ácido fólico, está indicado en casos hemodinámicamente estable con embarazo ectópico de <4 cm, grosor miometrial < 2 mm entre el saco gestacional y la vejiga, < 8 semanas, saco gestacional < 2,5 cm, sin signos de ruptura, sin latidos cardíacos fetales y con una β -hCG cuantitativa <5000 UI/mL. (Vergara U.P., et al. 2019, pág. 61)

El régimen terapéutico de metotrexato son tres formas: una, dos y múltiples dosis. En dosis única se administran 50 mg/m² intramuscular día 1. En dos dosis se aplica en el día 1 y 4 en caso de una β -hCG estacionaria. En múltiples dosis 1 mg/kg intramuscular en los días 1,3,5 y 7, rotando con 0.1 mg/kg intramuscular de ácido fólico en los días 2,4,6 y 8.

En los días 1, 4 y 7 se evaluará el rango de β -hCG entre los días 4 y 7 deberá bajar al menos 15% de los rangos primarios, hasta la regulación de los parámetros es necesario un seguimiento. Posterior a recibir el tratamiento puede aparecer manifestaciones clínicas como: dolor abdominal, emesis, náuseas, deposiciones líquidas, estomatitis, fotosensibilidad y metrorragia. (Espinoza Garita, S., et al. 2021, pág. 679)

Manejo quirúrgico: Ante la ruptura del embarazo ectópico con manifestaciones clínicas de hemorragia intraperitoneales, niveles iniciales de β -

hCG (>5.000 a 10.000 UI por mL) o embarazo ectópico >4 cm, embarazo ectópico con latidos cardíacos por el ultrasonido. Por lo regular el tratamiento quirúrgico es mediante salpingectomía o salpingostomía laparoscópica. La salpingectomía se sugiere en mujeres con embarazos ectópicos de >5 cm de diámetro, daño en las trompas de Falopio y hemorragia incontrolable. Evitar la salpingostomía en individuos con carencia/obstrucción de las trompas de Falopio contralaterales y conservar la fertilidad.

Laparoscopía. Este método invasivo es útil para el cirujano por ser el más certero en caso de complicaciones, en embarazos en cicatriz de cesárea que protruyen hacia la vejiga. Se disecciona la vejiga, se hace la incisión en la cicatriz uterina y la extirpación del material trofoblástico, seguidamente se restaurará el defecto uterino, se emplea la ligadura de arterias uterinas bilateral para reducir el sangrado intraoperatorio. (Vergara U.P., et al. 2019, págs. 60 – 62)

Complicaciones

Se debe tener en cuenta que al no tener en cuenta el diagnóstico de un embarazo ectópico o se efectúa un inadecuado tratamiento, se debe pensar en el en mujeres en edad fértil que tienen dolor abdominal

Entre el 15 al 20% de los casos de embarazo ectópico es por ruptura del mismo, acompañada de hemoperitoneo, un cuantioso volumen metrorragia, lo que genera inestabilidad hemodinámica, poniendo en riesgo la salud y la vida materna, por lo mismo se debe actuar a tiempo mediante una intervención quirúrgica. Se considera una de las principales causas de mortalidad materna en los primeros meses de gestación. (Espinoza Garita, S., et al. 2021, pág. 679)

Recomendaciones sobre el temprano diagnóstico del embarazo ectópico

Lograr el reconocimiento precoz de sintomatología para emplear tratamiento oportuno a través de campañas de educación para la salud sobre el embarazo ectópico, educando a las pacientes sobre la clínica que en caso de que la presenten acudir oportunamente a un establecimiento de salud. Con esto se le estaría ofreciendo a la paciente el mejor tratamiento, ya sea médico o quirúrgico, y así se conservaría su capacidad reproductiva.

Realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno especialmente en los controles prenatales, en casos en los que existiera o no factores de riesgo, en pacientes en edad reproductiva con el fin de disminuir la morbimortalidad asociada al embarazo ectópico. A través de ecografía determinar tempranamente la localización del saco gestacional, conjuntamente con la determinación cuantitativa de la HCG- β , ya que sus valores nos pueden orientar hacia una sospecha o diagnóstico temprano del embarazo ectópico. (Escobar-Padilla, B., et al. 2017, pág. 295)

1.1. Justificación

Se realizó el presente caso clínico acerca del embarazo ectópico la misma es de gran importancia conocer identificando los factores de riesgo, sintomatología y lograr un abordaje oportuno ante la problemática, realizando intervenciones adecuadas lo que permitirá priorizar las conductas terapéuticas que se llevaran a cabo con el objetivo de disminuir complicaciones que se puede dar en cualquier momento del embarazo, pero con más frecuencia durante el primer trimestre.

Este padecimiento se caracteriza por tener síntomas clásicos que no serán concluyentes, lo mismo dificulta su identificación por lo que será necesario pruebas complementarias para su diagnóstico. De tal manera la calidad de los cuidados de enfermería será esencial para el desarrollo de estrategias para una buena práctica profesional.

Tiene como propósito lograr un impacto positivo en la comunidad de la salud aportando nuevos conocimientos su etiología, sus factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento; con el fin de incentivar al personal de la salud a la preparación de programas dirigidos a la población susceptible, para lograr un bien común, prevenir complicaciones en el embarazo ectópico y disminuir la morbimortalidad materna.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Aplicar el proceso atención de enfermería en paciente con embarazo ectópico roto

1.2.2. Objetivos Específicos

Realizar valoración de enfermería a la paciente con embarazo ectópico por medio de técnicas seleccionadas acorde al caso.

Formular diagnóstico de enfermería basado a las diferentes necesidades de la paciente.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería en la paciente con embarazo ectópico utilizando las taxonomías NANDA. NIC y NOC.

Evaluar los resultados posterior a la aplicación de proceso atención de enfermería.

1.3. Datos Generales

Nombres Completos: XXXX

Edad: 32 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada

Fecha de Nacimiento: 15 de Diciembre de 1988

Raza: Mestizo

Lugar de Nacimiento: La Libertad

Grupo Sanguíneo: A+

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 32 años de edad acude a la casa de salud acompañada de su esposo, presentando dolor abdominal moderado con 5 horas de evolución sin presencia de sangrado.

Antecedentes

Antecedentes heredofamiliares: Madre Hipertensa

Antecedentes patológicos personales: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes ginecológicos: Parto fisiológico hace 5 años, aborto ectopico espontaneo hace 2 años, Fecha de Última Menstruación (FUM) hace seis semanas, método Ogino – Knaus, ciclos regulares, menarquia a los 15 años de edad.

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente de sexo femenino de 32 años de edad, ingresando a la casa de salud consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, presentando dolor moderado en la región del hipogástrico y la fosa iliaca derecha, amenorrea, Fecha de Última Menstruación (FUM) seis semanas, malestar, taquicardia, frecuencia respiratoria 18 x', tensión arterial 115/63 mmHg, temperatura 36 °C, saturación de oxígeno 100%.

2.3. Examen físico (exploración clínica).

2.3.1. Valoración cefalocaudal.

Cabeza: Normocéfalo, cabello con fuerte implantación, color castaño oscuro, fascie con expresiones de dolor y angustia, anictérica, pupilas isocóricas reactivas a la luz, conductos y pabellones auditivos con buena implantación y permeable, fosas nasales permeable, piezas dentarias en buen estado, mucosas húmedas, buena higiene bucal, sin presencia de nódulos o masas palpables y sin presencia de cicatrices o lesiones.

Cuello: Simétrico, no se palpan ganglios linfáticos o adenopatías, sin presencia de cicatrices o lesiones, sin presencia de ingurgitación yugular.

Tórax: Simétrico, en glándulas mamarias no se palpan nódulos o masas, expansión pulmonar normal, campos pulmonares ventilados con presencia de murmullo pulmonar, ritmos cardiacos rítmicos, sin presencia de lesiones o cicatrices.

Abdomen: Blando, depresible y doloroso a la palpación con presencia de herida quirúrgica en la región de la fosa iliaca derecha y peristaltismo presente.

Genitales: Normo configurados, se realiza palpación útero en posición anteversión de 8 x 6 cm con antecedentes de embarazo ectópico y dolor a la movilidad del cérvix .

Columna y extremidades: Simétrico, curvaturas de la columna vertebral normales, sin presencia de edemas en extremidades superiores e inferiores, pulso periférico presente, sin presencia de cicatrices o lesiones.

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca: 115 por minuto

Frecuencia respiratoria: 18 por minuto

Temperatura: 36 grado centígrados

Tensión arterial: 115/63 milímetros de mercurio

Saturación de Oxígeno: 100%

Medidas Antropométricas:

Peso: 63 kg

Talla: 1.63 m

IMC: 23.7

2.3.2. Valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Paciente de sexo femenino de 32 años de edad con embarazo ectópico abdominal, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, fascie con expresiones de dolor y angustia, abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en la región de la fosa iliaca derecha, al palpar útero en posición anteversión de aproximadamente de 8 cm de largo, 6 cm de ancho, dolor a la movilidad del cérvix, acompañado de malestar y taquicardia

Patrón 1: Percepción – Manejo de la Salud

Paciente consciente, desea saber todo lo posible respecto a sus padecimientos, no refiere alergia, no existen hábitos tóxicos, presenta buena higiene, refiere dolor y malestar

Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Paciente refiere tener una alimentación equilibrada, un IMC normal, mucosas orales húmedas, temperatura 36 °C, expresiones faciales de dolor y angustia, sin presencia de edemas, cabello con buena implantación.

Patrón 3: Eliminación

Peristaltismo presente, micción normal.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Paciente con frecuencia cardiaca 115 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, tensión arterial 115/63 mmHg, saturación de oxígeno 100%, presenta malestar general, realizaba actividad física tres veces a la semana previo a los padecimientos presentes.

Patrón 5: Sueño – Descanso

Paciente no logra conciliar el sueño por el dolor presente.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo

Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, graduada en ciencias de la educación segunda enseñanza, presenta dolor a la palpación en la región de la fosa iliaca derecha y en la movilidad del cervix, escala de Eva puntuación al llegar 5, subió a 8 en espera de análisis, sin alteraciones en los cambios de los sentidos, se encuentra agitada.

Patrón 7: Auto percepción – Autoconcepto

Paciente tiene desesperanzas con la situación actual de su salud, no tiene problemas con su imagen corporal.

Patrón 8: Rol – Relaciones

Paciente vive con su esposa e hija, tiene una buena relación familiar, trabaja de docente en colegio público, refiere llevar una buena comunicación y relación con los que les rodea

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción

Paciente de sexo femenino, menarquia a los 14 años de edad, amenorrea, fecha de última menstruación (FUM) seis semanas, método Ogino – Knaus, parto fisiológico 5 años con producto de sexo femenino, aborto ectópico espontaneo hace 2 años, sexualmente activa.

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al Estrés

Angustiada por sus padecimientos.

Patrón 11: Valores y Creencias

Refiere ser católica, tiene planes a futuros para su familia y su profesión.

2.3.3. Patrones Funcionales Alterados.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Patrón 5: Sueño – Descanso

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al Estrés

2.4. Información de exámenes complementarios realizados.

En el embarazo ectópico es necesario realizar entrevista con la paciente para conocer la cantidad de embarazos, seguido realizar la valoración por medio del examen físico, además de exámenes de laboratorio para el análisis de beta de la gonadotropina coriónica β -hCG y ultrasónico para detectar la ubicación de saco gestacional

Se realizaron los siguientes exámenes:

Biometría hemática

Leucocitos: $7.8 \times 10^3/\mu\text{L}$

Eritrocitos: $4.8 \times 10^4/\mu\text{L}$

Hemoglobina: 13 g/dL

Hematocrito: 38%

VCM: 95 fL

HCM: 30 pg

RDW: 12.3 %

Plaquetas: $300 \times 10^3/\mu\text{L}$

Bioquímica sanguínea

Glucosa: 85 mg%

Urea: 24mg/dL

Creatina: 0.75 mg/dL

Ácido úrico: 4,19 mg/dL

hCG- β

Cualitativa: Positiva

Cuantitativa: 2,935 mUI/mL

Ecografía transvaginal

Útero sin presencia de saco gestacional con 62 x 52 x 42 mm, endometrio trilaminar de 10mm, ovario izquierdo se encuentra normal, ovario derecho con presencia de cuerpo lúteo de 25 x 5 mm que asemeja un quiste. Se visualiza líquido en cantidad levemente moderada en el área pélvica

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo: Dolor abdominal

Diagnóstico diferencial: Abdomen agudo

Diagnóstico definitivo: Embarazo ectópico roto

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Conductas que determinan el origen del problema

Paciente presente antecedente de aborto ectópico espontaneo.

Procedimientos a realizar

De acorde con las valoraciones realizadas y las manifestaciones clínicas presentes en la paciente de 32 años de edad de sexo femenino, consciente orientada en tiempo y espacio es ingresada a la casa de salud en el área de ginecología con ecografía abdomino pélvico pendiente para revaloración, se inicia plan de cuidados de enfermería

Indicaciones medicas

Vigilancia y registro de signos vitales

Canalización de vía endovenosa periférica cateter#18, administración de medicamento y registro en Kardex

Ecografía transvaginal

Control de balance hídrico

Diagnósticos de Enfermería.

Dolor Agudo: R/C - Embarazo Ectópico Abdominal. E/P: Escala de Eva puntuación 8, dolor a la palpación en la región de la fosa iliaca derecha y en la movilidad del cérvix, desesperanza, taquicardia, expresión facial de dolor

Impotencia: R/C - Embarazo Ectópico Abdominal. E/P: Perdida gestacional, desesperanza y frustración.

NANDA: 00132
NOC: 3016
NIC:

Dominio 12. Confort
Clase 1. Confort físico
00132 Dolor agudo

R/C: Embarazo ectópico abdominal

E/P: Escala de Eva puntuación 8, dolor a la palpación en la región de la fosa iliaca derecha y en la movilidad del cérvix, desesperanza, taquicardia, expresión facial de dolor

M
E
T
A
S

Dominio: Salud percibida (V)

Clase: Satisfacción con los cuidados (EE)

Etiqueta: 3016 Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: 1. Fisiológico básico

Clase: E. Fomento de la comodidad física

Etiqueta: 1400 Manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
301602 Nivel de dolor controlado regularmente	x			x	
301604 Acciones tomadas para aliviar el dolor		x			x
301612 Información proporcionada sobre alivio del dolor			x		x

ACTIVIDADES

Vigilancia y registro de signos vitales
Valorar escala del dolor de EVA
Canalizar vía periférica
Administrar terapia del dolor
Administrar medicación prescrita por el médico (antibióticos y analgésicos)
Control y manejo de herida y apósito

NANDA: 00125
NOC: 1310
NIC: 5270

Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés
Clase 2. Respuestas de afrontamiento
00125 Impotencia

R/C: Embarazo ectópico abdominal

E/P: Perdida gestacional, desesperanza, frustración

M
E
T
A
S

Dominio: Salud Psicosocial (III)

Clase: Adaptación psicosocial (N)

Etiqueta: 1310 Resolución de Culpa

Campo: 3. Conductual

Clase: R. Ayuda para el afrontamiento

Etiqueta: 5270 Apoyo emocional

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
131003 Controla la intensidad de los sentimientos		x			x
131005 Expresa el significado personal de la culpa		x		x	
131007 Identifica la culpa como una reacción común			x		x
131011 Comparte sentimientos de culpa con los demás		x			x

ACTIVIDADES

- Proporcionar terapia psicológica
- Brindar y mantener un ambiente tranquilo
- Realizar terapia afectiva
- Educar a la paciente sobre los riesgos de un próximo embarazo en un periodo intergenésico corto
- Sugerir una interconsulta psicológica

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

El presente caso clínico se adapta el modelo de cuidados de Virginia Henderson se halla entre los diferentes modelos que se conectan con la teoría de las necesidades humanas, las mismas considera que la función del personal de enfermería es ayudar a la persona, familia o comunidad en general que se encuentra sana/enferma a mantener o restablecer la salud, si fuera el caso acompañar y ayudarlo en los últimos días de vida con el fin de apoyar las necesidades que no pudiera ejecutar por si misma si tuviera la voluntad, los conocimientos o la fuerza que son indispensable para su independencia en su vida. La meta de este modelo teórico lograr la independencia del paciente a través de la asistencia del personal de enfermería, además no olvidar el desarrollo y las diferentes influencias externas que intervienen en la vida de la paciente.

Las diferentes intervenciones de enfermería son dirigidas a restablecer la salud del paciente cubriendo sus necesidades, las mismas se adaptan en un plan de cuidados de enfermería acorde a las necesidades afectadas en función de los factores sean permanentes como edad, medio cultural o social, nivel de inteligencia, entre otros o en caso de que sean factores variables como falta de oxígeno, lesión local, estado de inconciencia, entre otros.

La enfermería se considera como la ciencia del cuidado, para lo mismo el proceso de atención de enfermería es un sistema para administrar las diferentes intervenciones de enfermería las mismas son de manera interdependiente, dependiente e independiente. (Hernández Martín, C., 2015, págs. 6 - 13)

Se aplico este modelo para detallar las necesidades afectadas, las mismas son una guía para crea y aplicar el proceso de atención de enfermería junto a sus cinco fases como es la valoración a través de las 14 necesidades, el diagnostico de enfermería, en la planificación de los diferentes cuidados, ejecución de dichos cuidados y evaluación para valorar los objetivos propuestos, con esto se identifica que la paciente es dependiente y necesita ayuda para satisfacer dichas necesidades afectadas, las mismas se detallan a continuación:

1. Respirar normalmente: Expansión pulmonar normal, campos pulmonares ventilados con presencia de murmullo pulmonar, frecuencia respiratoria 18 por minuto, saturación de oxígeno 100%,
2. Alimentarse e hidratarse: Alimentación equilibrada, un IMC normal, mucosas orales húmedas, expresiones faciales de dolor y angustia, sin presencia de edemas, cabello con buena implantación
3. Eliminar por todas las vías corporales: Peristaltismo presente, micción normal.
4. Moverse y ponerse en posturas adecuadas: Presenta malestar general, realizaba actividad física tres veces a la semana previo a los padecimientos presentes.
5. Dormir y descansar: Paciente no logra conciliar el sueño por el dolor presente.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse: No alterado
7. Mantener la temperatura corporal: Temperatura 36 °C,
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel: Mantiene una buena higiene corporal
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas: Dolor a la palpación en la región de la fosa iliaca derecha y en la movilidad del cervix, escala de Eva puntuación al llegar 5, subió a 8 en espera de análisis, dispareunia en el último coito
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores: Angustiada y desesperanza por sus padecimientos.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias: Refiere ser católica
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal: Tiene planes a futuros para su familia y su profesión.
13. Participar en actividades recreativas: No valorables
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal: Desea estar informada de su situación actual y de las medidas a tomar antes de aplicarlas.

Se realizaron dos diagnóstico enfermero a través del NANDA que fueron: dolor agudo e impotencia, los mismos fueron los más relevantes en el presente caso clínico.

Proceso de intervención de enfermería

Dolor agudo

- Vigilancia y registro de signos vitales
- Valorar escala del dolor de EVA
- Canalización de vía periférica
- Administrar terapia del dolor
- Administrar medicación prescrita por el médico (antibióticos y analgésicos)
- Control y manejo de herida y apósito

Impotencia

- Proporcionar terapia psicológica.
- Brindar y mantener un ambiente tranquilo.
- Realizar terapia afectiva
- Educar a la paciente sobre los riesgos de un próximo embarazo en un periodo intergenésico corto.
- Sugerir una consulta psicológica

2.8. Seguimiento

Empieza el seguimiento desde el ingreso a la casa de salud en el área de ginecología siguiendo las indicaciones médicas y brindando las intervenciones de enfermería

Día 1

Paciente de sexo femenino, se encuentra ingresada en el área de ginecología con diagnóstico de embarazo ectópico consciente, orientada en

tiempo, espacio y persona, fascie con expresiones de dolor y angustia, abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en la región de la fosa iliaca derecha, al palpar útero en posición anteversión de aproximadamente de 8 cm de largo, 6 cm de ancho, dolor a la movilidad del cérvix, acompañado de malestar y taquicardia, escala de Eva puntuación al llegar 5, subió a 8 en espera de análisis, se encuentra agitada con desesperanzas y frustración de su situación de salud, con amenorrea, fecha de última menstruación (FUM) hace seis semanas, método Ogino – Knaus, dispareunia en el último coito presente. Se brindan cuidados de enfermería y se siguen indicaciones medicas hasta la espera de ecografía transvaginal, se canaliza vía endovenosa periferia permeable cateter#18, se realiza lo siguiente:

- Vigilancia y registro de signos vitales
- Valorar escala del dolor de EVA
- Administrar Terapia del dolor
- Administrar medicación prescrita por el médico

Dia 2

Paciente de sexo femenino, se encuentra ingresada en el área de ginecología con diagnóstico de embarazo ectópico consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, con vía endovenosa periférica permeable cateter#18, con pulsera de identificación. Se realiza ecografía pendiente, a la revaloración medico ginecólogo por los diferentes exámenes y valoraciones realizados junto con la imposibilidad de hallarse el saco gestacional y la presencia de líquido en la cavidad pélvica, se determina realizar laparoscopia, se informa y explica a paciente medidas a tomar, se realiza papeleo y se prepara al paciente para intervención quirúrgica.

Intervención de enfermería en la preparación del paciente previo a la intervención quirúrgica.

1. Control de signos vitales.
2. Verificar que la vía periférica continúe permeable y el catéter en buen estado.

3. Se le indica a la paciente acerca del procedimiento que se le va a realizar para que se proceda a colocar la bata quirúrgica.
4. Colocación de Sonda vesical.
5. Colocación de vendas antiembólicas en los miembros inferiores.

Reporte de intervención quirúrgica

Se contempla el útero con normalidad, cuerpo lúteo en el ovario derecho, se evidencia hemoperitoneo, trompa de Falopio izquierda dilatada con inicio de hemorragia en la zona por la presencia de embarazo ectópico ubicado en la ampulla de las trompas de Falopio, se controla la hemostasia con energía bipolar se electro coagula en el lecho quirúrgico, finalmente se limpia la cavidad pélvica.

Intervención de Enfermería mediante procedimiento quirúrgico.

1. Lavado de manos quirúrgico.
2. Preparación del campo quirúrgico
3. Monitorización de signos vitales.
4. Asistir al médico.
5. Vigilar la vía periférica.
6. Administración de medicamentos prescrito por el médico.

Día 3

Paciente de sexo femenino, se encuentra ingresada en el área de ginecología con diagnóstico de embarazo ectópico roto, posquirúrgica por laparoscopia, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, con vía endovenosa periférica permeable cateter#18, con pulsera de identificación, herida quirúrgica con apósito limpio y seco, su escala de dolor Eva con puntuación de 4, presente malestar, angustia, frustración, con signos vitales estables, se siguen pautas médicas y se realiza lo siguiente:

- Proporcionar terapia psicológica.
- Brindar y mantener un ambiente tranquilo.

- Realizar terapia afectiva
- Educar a la paciente sobre los riesgos de un próximo embarazo en un periodo intergenésico corto.
- Sugerir una interconsulta psicológica

Día 4

Paciente de sexo femenino, se encuentra ingresada en el área de ginecología con diagnóstico de embarazo ectópico roto, posquirúrgica por laparoscopia, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, se canaliza vía endovenosa periférica cateter#20, con pulsera de identificación, presenta incisión quirúrgica con apósito limpio y seco, se realiza curación, su escala de dolor Eva con puntuación de 2, presente leve malestar, con signos vitales estables, expresa sus sentimientos y se comunica con los familiares además del personal sanitario, se brindan cuidados de enfermería y se siguen indicaciones médicas, pendiente exámenes de laboratorio para alta médica.

Día 5

Paciente de sexo femenino, se encuentra ingresada en el área de ginecología con diagnóstico de embarazo ectópico roto, posquirúrgica por laparoscopia, orientada en tiempo, espacio y persona, con signos vitales estables, exámenes de laboratorio normales, recibe alta médica y se brindan las siguientes indicaciones post alta:

- Realizar apego al tratamiento farmacológico
- Continuar seguimiento en el centro de salud perteneciente
- Explicar factores de riesgos y signos de alarma para acudir a una casa de salud
- Realizar limpieza en incisión quirúrgica.
- Acudir al centro de salud a retirar puntos a los 15 días.
- Importancia de la alimentación equilibrada.
- Importancia de tener un periodo intergenésico mayor a tres años.

- Realizar planificación familiar conjunto a vigilancia ginecológica.

Indicaciones Médicas

- Lactato de ringer 1000cc
- Terapia para el dolor
- Paracetamol 1g IV
- Ceftriaxona 1g IV
- Omeprazol
- Cuidados de Enfermería y Exámenes de laboratorio e imagen

2.9. Observaciones

Paciente al ingresar a la casa de salud en el área de ginecología acompañada de su esposo, fascie con expresiones de dolor y angustia, abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en la región de la fosa iliaca derecha, al palpar útero en posición anteversión de aproximadamente de 8 cm de largo, 6 cm de ancho, dolor a la movilidad del cérvix, con taquicardia y demás signos vitales estables, malestar, angustia, desesperación y frustración con amenorrea, FUM seis semanas, método Ogino – Knaus, dispareunia en el último coito, se diagnostica embarazo ectópico abdominal al no encontrarse el saco gestacional se realiza laparoscopia, se brindan cuidados de enfermería y se siguen indicaciones médicas, paciente muestra evolución favorable consiguiendo el alta médica

CONCLUSIONES

Mediante la realización del caso clínico en el marco teórico se detalló al embarazo ectópico desde la fisiopatología hasta las recomendaciones a seguir, lo mismo que se fundamentó a través del historial médico evidenciando las manifestaciones clínicas y complicaciones que tuvo la paciente.

Durante este proceso se realizó la valoración de enfermería por medio de diferentes técnicas como la exploración física, entrevista personal y patrones funcionales de Marjory Gordon. Acorde a los hallazgos obtenidos en la valoración se formuló diagnósticos de enfermería los cuales fueron preferentemente y acorde a la problemática a tratar como: dolor agudo y stress debido a que era su segundo embarazo ectópico. Continuando las fases de las intervenciones de enfermería se planificó el plan de cuidados de enfermería englobando las diferentes necesidades de la paciente desde el momento de su ingreso hospitalario, manteniendo como base las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Con la aplicación del Plan de Cuidados de Enfermería (PAE) se logró ayudar y apoyar a la paciente a convertirse en autónoma con la finalidad de mejorar el estado su salud, convirtiéndose en una herramienta veras y capaz, para cubrir los diferentes requerimientos que demandó la paciente para obtener su independencia y resignación en conjunto con el núcleo familiar mediante la terapia afectiva, mediante el alta médica se le explicó ciertas recomendaciones a la paciente acerca de como mantener una buena salud, cuidados a realizar en casa y se le indicó acerca de las complicaciones que traería un nuevo embarazo oportuno por lo cual se le aconsejó que espere un tiempo determinado para volver a planificar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Escobar-Padilla, B., Perez-López, C. A., y Martínez-Puon, H. (2017). Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(3), 278-285.
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457750970002/457750970002.pdf>
- Espinoza Garita, S., Garnier Fernández, J.C., y Pizarro Alvarado. G. (2021). Generalidades del embarazo ectópico. *Revista Médica Sinergia*, 6(5), 670.
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670/1210>
- Fernández Arenas, C. (2011). El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 30(1), 84 - 99.
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n1/gin11111.pdf>
- Hernández Martín, C. (2015). El Modelo de Virginia Henderson en la Práctica Enfermera. *Universidad de Valladolid*, 6 - 10. <https://core.ac.uk/download/pdf/211101228.pdf>
- Hu Liang, H., Sandoval Vargas, J., Hernández Sánchez, A.G., y Vargas Mora, J. (2019). Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina*, 9(1), 28 - 36.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
- Peralta Domínguez, A. M., Navarro Bernal, F. J., y Barroso Casamitjana, A. (2014). Manejo y cuidados del embarazo ectópico en urgencias. *Ciber Revista Esp [Internet]*(39).
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2014/pagina3.html>
- Rock, J.A., y Jones H.W. . (2006). *Te Linde. Ginecología Quirúrgica*. Medica Panamericana.
- Smith, R. (2004). *Netter. Obstetricia, ginecología y salud de la mujer*. Elsevier Masson.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2007). Embarazo ectópico. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 50(6), 377-385. doi:10.1016/S0304-5013(07)73202-8
- Vergara U.P., Sepúlveda-Martínez, A., y Parra-Cordero, M. (2019). Embarazo ectópico cervical y cicatriz de cesárea. Diagnóstico y manejo. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 30, 57 - 70.
<https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/1565.pdf>

ANEXOS

Anexo #1. _ Evidencia Fotográfica



Administración de medicamento intravenoso prescrito por el médico a paciente con diagnóstico de Embarazo Ectópico Roto posterior a la realización de laparoscopia.