



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**Dimensión práctica del examen complejo previo a la obtención del grado
académico de Licenciado (a) en Enfermería**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD
CON EMBARAZO ECTÓPICO**

AUTOR

MARIA PILAR MUÑOZ PACHECO

TUTOR

CRESPO SILVA TANYA ANABELLA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

INDICE GENERAL

Contenido

Contenido.....	II
AGRADECIMIENTO	IV
TITULO DEL CASO CLÍNICO	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	18
Motivo de consulta:	18
Antecedentes:	18
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	19
2.3 Examen físico (exploración clínica).	20
Valoración de enfermería por patrones funcionales:	21
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	22
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.	23
Diagnóstico presuntivo:	23
Diagnóstico diferencial:.....	23
Diagnóstico definitivo:	23
Diagnóstico de enfermería:.....	23
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	24
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	27
2.8 Seguimiento.	27
2.9 Observaciones.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

DEDICATORIA

Este caso clínico se lo dedico a:

Especialmente a Dios, por derramar sus bendiciones sobre mí y llenarme de fuerzas para vencer todos los obstáculos, que de no a ver sido por el hoy no podría haber llegado a culminar esta meta.

A mi madre Santa Pacheco que estuvo siempre a mi lado brindándome su mano amiga, por estar en cada momento de mi vida, con sus consejos y enseñarme a nunca rendirme para llegar a culminar mi profesión.

A mis 4 tesoritos Melany, Milena, Mathias y Misael a quienes les debo muchas cosas, quienes han vivido de cerca los distintos procesos de mi vida tanto en los momentos felices y tristes que todos alguna vez experimentamos en el camino a seguir.

A mi esposo Samuel Murillo por siempre brindarme su apoyo y amor incondicional, tú eres el gran amor de mi vida. Y a todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido para el logro de tan anhelado sueño.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios padre todo poderoso, que me dio la fortaleza y fe necesaria para haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre por haberme proporcionado la mejor educación y lograr el objetivo trazado para un futuro mejor y ser el orgullo de ella y de toda la familia.

A mis 4 tesoritos Melany, Milena, Mathias y Misael por ser fuente de motivación e inspiración para poder soparme cada día más y así poder ofrecerles un futuro mejor.

A mi amado esposo Samuel Murillo por todo su amor y esfuerzo, por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mí capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A la Universidad Técnica de Babahoyo por abrirme sus las puertas y brindarme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A todos y cada uno de los docentes, ya que ellos fueron un pilar fundamental a lo largo de mi vida profesional.

TITULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD
CON EMBARAZO ECTÓPICO

RESUMEN

El presente trabajo se trata de la presentación de un caso clínico de una paciente femenina, gestante, con diagnóstico de embarazo ectópico, en la que se pretende como objetivo principal aplicar el proceso de atención de enfermería y las intervenciones oportunas que ayuden a mejorar el cuadro del paciente. Se aplica la metodología de seguimiento del caso, búsqueda de información de la historia clínica, además de revisión bibliográfica para la elaboración del marco teórico. Posterior a la aplicación y ejecución del proceso de atención de enfermería, se obtienen como resultados cambios positivos en el pronóstico del paciente, las intervenciones fueron oportunas, y se logra dar resolución del caso de la mano del tratamiento médico. Este caso clínico fue desarrollado en el año de internado por lo que busque ser una ayuda académica para el conocimiento tanto teórico como práctico del tema presentado.

Palabras claves:

Embarazo ectópico – Amenorrea – Peritonitis – Sangrado transvaginal – Atención de enfermería

ABSTRACT

The present work deals with the presentation of a clinical case of a female patient, pregnant, with a diagnosis of ectopic pregnancy, in which the main objective is to apply the nursing care process and the opportune interventions that help to improve the clinical picture. of the patient. The case follow-up methodology is applied, searching for information from the clinical history, as well as a bibliographic review for the elaboration of the theoretical framework. After the application and execution of the nursing care process, positive changes in the patient's prognosis are obtained as results, the interventions were timely, and the case is resolved with the help of medical treatment. This clinical case was developed in the internship year, so it seeks to be an academic aid for both theoretical and practical knowledge of the subject presented.

Keywords:

Ectopic pregnancy – Amenorrhea – Peritonitis – vaginal bleeding – nursing care

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Alrededor del 95% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa. Las formas no tubáricas del embarazo ectópico incluyen el embarazo cervical (0,1%), el embarazo ovárico (0,5%), el embarazo abdominal (1,3%), el embarazo cornual (3%), el embarazo intra ligamentario (0,1%), y el embarazo en cuerno uterino rudimentario. (Bouyer, COste, Puoly, & Job, 2002)

El embarazo ectópico es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación, siendo responsable del 9% de las muertes durante este periodo. En el Reino Unido, durante los años 1997-1999, se diagnosticaron unos 32.000 al año, sucediendo en total 13 fallecimientos. La frecuencia de la entidad ha aumentado en los últimos 30 años desde un 0,5% en los años 70 al 1,1% en la actualidad. El hecho del aumento de embarazo ectópico es debido a que hay una mayor proporción de embarazos ectópicos que se diagnostican, y al aumento también de una serie de factores de riesgo, entre ellos: el aumento del número de pacientes que se sometan a técnicas de reproducción asistida, el empleo de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino, el aumento de la enfermedad inflamatoria pélvica, pacientes con embarazos ectópicos previos, pacientes con cirugía abdominal previa, especialmente tubárica, esterilidad, endometriosis, o tabaquismo, etc. (Drife, 2005)

El caso clínico presentado se trata de un paciente valorado durante la rotación de ginecología del año de internado al que se diagnostica con embarazo ectópico. Se estudia la paciente desde su ingreso, aplicando la valoración semiológica, médica y de enfermería. Se establecen intervenciones a realizar y se obtienen los resultados esperados.

El trabajo se desarrolla por capítulos, se analiza la problemática, se establecen los objetivos, se elabora un marco teórico científico, se aplica el proceso de atención de enfermería, y se analizan los resultados obtenidos.

MARCO TEÓRICO

Definición e incidencia

Un embarazo ectópico se define cuando el ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial. La incidencia ha aumentado en las últimas décadas hasta alcanzar el 1-2%, aunque las cifras se han estabilizado en los últimos años. Esto es debido fundamentalmente a 3 condicionantes: el aumento de los factores de riesgo, el incremento en la aplicación de técnicas de reproducción asistida y el uso de métodos diagnósticos más sensibles y específicos que permiten detectar casos que, de otra manera, habrían pasado inadvertidos. A medida que la incidencia aumenta, la mortalidad decrece (en EE.UU. de 35,5 muertes por 10.000 en 1970 a 3,8 por 10.000 en 1989), aunque en los países desarrollados, el embarazo ectópico es todavía la causa del 10-15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación⁹ y supone el 80-90% de los fallecimientos durante el primer trimestre del embarazo. (Capmas, Bouyer, & Fernandez, 2014)

Localización

El lugar de implantación más frecuente es la trompa (98%): Ampular: 80%, ístmico: 12%, cornual (intersticial): 2,2%, fimbrias: 6%. Otras localizaciones más raras son el ovario (0,15%), el cérvix (0,15%) y el abdomen (1,4%). Estos embarazos extra tubáricos se ven con más frecuencia en gestaciones conseguidas tras el uso de técnicas de reproducción asistida en las que pueden llegar a alcanzar hasta el 7%. La coincidencia con un embarazo ectópico (intrauterino) se define como gestación heterotópica y tiene lugar en 1-2 de cada 10.000 embarazos espontáneos. Es también más frecuente con el empleo de técnicas de reproducción asistida. (Kirk, Bottomley, & Bourne, 2014)

Etiopatogenia

Cualquier factor que afecte a la capacidad de la trompa para transportar los gametos o embriones favorecerá la implantación ectópica. Todas las situaciones que predisponen al desarrollo de un embarazo ectópico tienen en común la producción de una lesión del epitelio tubárico y/o la interferencia en la

movilidad de las trompas. El embrión anormalmente implantado presenta anomalías y se interrumpe espontáneamente en el 80% de las gestaciones ectópicas. El aborto tubárico espontáneo ocurre en la mitad de los casos. (Marion & Meeks, 2012)

Factores de riesgo

Están presentes en el 25-50% de las pacientes con embarazo ectópico. El embarazo ectópico se observa en un 2,1-9,4% de los casos de fertilización in vitro y transferencia embrionaria (FIVTE), supuestamente por el uso de progesterona y clomifeno, que interferirían en una adecuada movilidad de la trompa⁴. Por motivos parecidos también existe un riesgo aumentado de embarazo ectópico utilizando anticonceptivos con gestágenos, como la píldora poscoital o el dispositivo intrauterino (DIU) con levonorgestrel.

Como conclusión, las situaciones que se asocian a un mayor riesgo de desarrollar una gestación ectópica son: antecedente de embarazo ectópico previo, patología y cirugía tubáricas, y gestación con DIU o con anticonceptivos con progestágenos exclusivamente. (Perkins, Boulet, & Kissin, 2015)

Manifestaciones clínicas

En la mayoría de los casos, el trofoblasto invade la pared tubárica y las manifestaciones clínicas vienen determinadas por el grado de invasión, la viabilidad del embarazo y el lugar de implantación. Cuando se produce la invasión vascular, se desencadena la hemorragia que distorsiona la anatomía tubárica, alcanza la serosa y genera dolor. La presentación clínica y el curso natural son, a veces, impredecibles: muchas gestaciones ectópicas son asintomáticas y se resuelven como abortos espontáneos, pero en otras ocasiones la paciente debuta con un cuadro de shock sin síntomas previos.

El dolor abdominal brusco, intenso, en el hemiabdomen inferior es el síntoma más común y se presenta en el 90-100% de las mujeres sintomáticas. Junto con el sangrado vaginal y la amenorrea/retraso menstrual, constituye la clásica tríada del diagnóstico clínico, aunque está presente en tan sólo el 50% de las pacientes con embarazo ectópico.

Otras manifestaciones, como la clínica gravídica o el síncope, son más inconstantes en su presentación. (Villeres, Bonet, & Santiesteban, 2017)

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en 3 pilares fundamentales: exploración clínica, ecografía y, cuando no es suficiente con ambas, las determinaciones seriadas la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (β -HCG) (*recomendación tipo B*). Casi siempre es posible efectuar el diagnóstico de forma ambulatoria.

Exploración clínica

El examen pélvico es, con frecuencia, inespecífico, pero son bastante constantes el dolor a la movilización cervical y la presencia de una masa anexial, igualmente dolorosa. En caso de rotura del embarazo ectópico suele aparecer irritación peritoneal (signo de Blumberg o defensa abdominal) y un cuadro de shock.

Ecografía

Gracias a los avances tecnológicos y a la formación en ecografía obstétrica, es posible diagnosticar por imagen un embarazo ectópico en etapas cada vez más precoces. Debe comenzarse con sonda abdominal, pero es imprescindible completarla con sonda vaginal, con un ecógrafo de alta resolución y utilizando el *zoom* para magnificar las áreas a estudiar: sobre todo la cavidad endometrial y las zonas anexiales. A pesar de todo ello, hasta un 15-35% de las gestaciones ectópicas no se ve por ecografía. Son signos sospechosos de embarazo ectópico: presencia de un útero vacío, especialmente si el endometrio es grueso, presencia de un pseudosaco intraútero, signo del «doble halo» en la trompa, visualización de un saco gestacional fuera del útero: con presencia de vesícula vitelina e incluso, a veces, de embrión. Es el único diagnóstico de certeza exclusivamente ecográfico. Doppler color positivo en los dos casos anteriores. Líquido en el espacio de Douglas mayor de lo habitual. Se debe tener cuidado cuando se emplee la sonda vaginal, pues suele ser fácil sobreestimar esta cantidad, sobre todo si se posee poca experiencia.

La visualización ecográfica de una gestación intrauterina, prácticamente, excluye el embarazo ectópico. La posibilidad de una gestación heterotópica (coexistencia de una gestación intrauterina y un embarazo ectópico) es muy rara, aunque se debe tener en cuenta en pacientes con tratamientos de fertilidad. Determinaciones seriadas de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (por método ELISA).

La β -HCG es producida por las células del trofoblasto y, en las primeras semanas de un embarazo normo evolutivo, aproximadamente duplica su valor cada 2 días (válido para cifras inferiores a 10.000 mU/ml). Un aumento menor es sugestivo de embarazo no viable (aborto o ectópico). Si existe una sospecha de embarazo ectópico y la ecografía no es concluyente deben realizarse determinaciones de β -HCG. Si la gestación intrauterina no es visible por ecografía transvaginal con valores de β -HCG > 1.000-2.000 mU/ml, existe una alta probabilidad de gestación ectópica. Este valor discriminatorio de la β -HCG dependerá de la calidad del equipo ecográfico y de la experiencia del ecografista. Unidades especializadas (con experiencia en el diagnóstico y manejo del embarazo ectópico), que utilizan sondas vaginales de alta resolución y conocen los síntomas y signos de la paciente, suelen emplear el dintel de 1.000 mU/ml (*nivel de evidencia III, grado de recomendación C*).

La combinación de ecografía transvaginal y determinaciones seriadas de β -HCG tiene una sensibilidad del 96%, una especificidad del 97% y un valor predictivo positivo del 95% para el diagnóstico de embarazo ectópico: éstas son las pruebas más eficientes para este diagnóstico. (Farquhar, 2005)

Otros procedimientos

El legrado uterino y la laparoscopia raramente son necesarios para la confirmación diagnóstica de un embarazo ectópico. En el caso de la laparoscopia, debe recordarse que ésta es el procedimiento de referencia para el diagnóstico de embarazo ectópico en casos de duda, aunque en caso de ser utilizada para tal fin debe conocerse que la tasa de falsos negativos es del 3-4% y la tasa de falsos positivos es del 5%.

Ninguno de los marcadores bioquímicos (progesterona, creatinina, fibronectina fetal, etc.) que se han intentado emplear para el diagnóstico del embarazo ectópico tienen la suficiente sensibilidad o especificidad para su uso clínico.

Tratamiento

Es importante diseñar una hoja informativa para pacientes con las diversas alternativas diagnósticas y terapéuticas.

Tratamiento médico con metotrexato

El metotrexato es un antagonista del ácido fólico que inhibe la síntesis de novo de purinas y pirimidinas, interfiriendo con la síntesis de ADN y la multiplicación celular. El trofoblasto, por su rápida proliferación, es un tejido especialmente vulnerable a la acción del metotrexato.

El metotrexato se ha demostrado muy eficaz en el tratamiento médico del embarazo ectópico (*grado de recomendación A*) y es tan efectivo como el tratamiento quirúrgico (*grado de recomendación B*), aunque es menos eficiente (produce más costes sanitarios) si no se da de alta precozmente a la paciente. Otros fármacos citotóxicos (prostaglandinas, cloruro potásico, glucosa hiperosmolar, etc.) son menos eficaces y con ellos se tiene mucha menos experiencia, por lo que no deben utilizarse. El tratamiento con metotrexato debería ofrecerse a un tipo de pacientes determinado y deben existir unidades hospitalarias con protocolos de tratamiento y seguimiento (*grado de recomendación B*).

Tratamiento quirúrgico

Hasta hace poco era considerado como el tratamiento estándar en el embarazo ectópico, dado que resuelve el problema definitivamente y es además más eficiente que otros tratamientos. Sin embargo, en la actualidad no es así y el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico ha sido desplazado por el tratamiento médico. En la actualidad las principales razones para optar por la cirugía de entrada serían:

- Paciente que no cumple los criterios de tratamiento médico.
- Necesidad de utilizar la laparoscopia para diagnosticar el embarazo ectópico.
- Rotura o sospecha de rotura de un embarazo ectópico.

A la hora de decidir la vía de abordaje y el tipo de cirugía a realizar, deberán tenerse en cuenta factores como el estado clínico de la paciente, los deseos de preservar la fertilidad, las preferencias de la mujer (dentro de lo posible) y la localización de la gestación de cara a plantear la estrategia terapéutica.

Por todas estas razones, y por la ley de autonomía del paciente, es esencial disponer de un buen consentimiento informado.

Siempre que sea posible, la vía laparoscópica es preferible a la laparotomía. Aunque el estudio fue de tan sólo 228 pacientes, se ha encontrado que la laparoscopia tiene menor morbilidad, mayor rapidez de recuperación, igual tasa de gestación posterior, menos embarazos ectópicos posteriores, aunque presenta una mayor tasa de persistencia del trofoblasto. En pacientes hemodinámicamente inestables, es preferible la laparotomía. También debe utilizarse la laparotomía si no existe personal entrenado para la realización de una laparoscopia. Cuando la paciente presente datos de rotura tubárica con shock hipovolémico, se recomienda la salpingectomía. En una paciente clínicamente estable, en la que no es posible el uso de metotrexato, se podrá realizar una salpingostomía lineal en el borde antimesentérico de la trompa o una salpingectomía en función de los hallazgos quirúrgicos. Es preferible la salpingostomía cuando la trompa contralateral es anómala o está ausente y se prefiere la salpingectomía cuando la trompa contralateral parezca normal. En ocasiones, puede realizarse expresión de las fimbrias («ordeñado») cuando la trompa está a punto de «abortar» el trofoblasto.

Si no se realiza salpingectomía debe realizarse control con β -HCG semanal hasta que se obtengan cifras normales. En caso de gestación ectópica persistente tras salpingostomía, es eficaz el uso de metotrexato intramuscular en dosis única.

Los resultados publicados con respecto a gestaciones posteriores y posibilidad de embarazo ectópico tras las diversas modalidades quirúrgicas provienen de estudios de cohortes e indican que la tasa de embarazos posterior varía del 50-89% y que, aunque existe una mejor tasa de embarazo intraútero tras la salpingostomía, las diferencias no tienen suficiente significación estadística. La frecuencia de embarazo ectópico posterior varía del 8-18% y en algunos estudios se encontraba una tasa de embarazo ectópico más alta tras la salpingostomía.

Actitud expectante

No todos los embarazos ectópicos progresan y ponen en riesgo a la paciente. La resolución del embarazo ectópico está bien documentada: ocurre en el 44-69% de los casos correctamente indicados.

Este tipo de actitud es factible en mujeres hemodinámicamente estables y con tasas iniciales de β -HCG < 1.500 mU/ml y en descenso y localización del embarazo desconocida (*grado de recomendación C*).

La paciente será citada a las 48-72 h, y se le explicará el protocolo de seguimiento, las probabilidades y las alternativas (a ser posible por escrito) (*grado de recomendación C*). Igualmente, se debe plantear un tratamiento distinto, en el caso de que las cifras de β -HCG aumenten o se mantengan en meseta. Se han descrito roturas de la trompa con cifras tan bajas como 100 mU/ml. (Elson, Tailor , Salim, & Hillaby, 2004)

1.1 JUSTIFICACIÓN

Según el INEC, en el Ecuador cada vez hay mujeres más jóvenes embarazadas, las cifras del año 2019 muestran que diariamente 5 niñas de 14 años y 136 adolescentes de 15 a 19 años son madres. En relación al embarazo ectópico en el Ecuador, la prevalencia es del 4% de pacientes, la misma que se ha triplicado en los últimos 20 años, aunque su mortalidad ha decrecido por los avances de diagnóstico y tratamiento. (MSP, 2021)

Debido a las cifras presentadas, es importante que como personal de salud estemos preparados para enfrentar esta patología y desde la perspectiva de la enfermera, sepamos aplicar el proceso de atención de enfermería y las diferentes intervenciones con el objetivo de que la evolución y el tratamiento de la enfermedad sean más eficaces.

Estos casos son frecuentes en las emergencias gineco obstétricas, por lo que la enfermera del área debe de estar preparada para asistir estos casos. Es por eso que la realización de este caso clínico se justifica con el fin de brindar apoyo en el aprendizaje tanto desde lo teórico como lo práctico.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo general

Enumerar resultados obtenidos. Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente de 29 años de edad con embarazo ectópico.

Objetivos específicos:

- Realizar la valoración de enfermería por patrones funcionales.
- Establecer diagnóstico de enfermería.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con embarazo ectópico.
-

1.3 DATOS GENERALES

Identificación del paciente:

- Sexo: femenino
- Edad: 29 años
- Lugar de nacimiento: Quevedo
- Lugar de procedencia: Quevedo
- Lugar de residencia: Quevedo
- Instrucción: Secundaria
- Religión: católica
- Ocupación: estudiante.
- Nivel de escolaridad: cursando nivel superior.
- Estado civil: soltera, pero si tiene pareja sexual.

II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Motivo de consulta:

- Dolor abdominal y pélvico
- Sangrado transvaginal
- Amenorrea

Antecedentes:

Patológicos personales:

- Rinitis alérgica
- Asma bronquial, controlado
- EPI (enfermedad pélvica inflamatoria hace 6 meses)

Patológicos familiares:

- Madre, hipertensa
- Padre, hipertenso
- Hermanos, 1 hermano, sin antecedentes.
- Abuelos maternos, hipertensos

- Abuelos paternos, hipertensos

Alergias:

- Polvo, polen, desinfectantes, perfumes (desencadenas su crisis asmática)
- No alergias a medicamentos ni alimentos.

Quirúrgicos:

- Apendicectomía laparoscópica a los 18 años de edad, recuperación sin complicaciones.

Tóxicos:

- Fumadora esporádicamente.

Medicación habitual: ninguna

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Inicio de vida sexual: a los 18 años
- G0 P0 C0 A0
- Anticonceptivos: no usa.
- Enfermedad pélvica inflamatoria hace 6 meses, por lo que recibió tratamiento por ginecología.
- Fum (fecha de última menstruación): 18 de junio 2021

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

Paciente de 29 años de edad, con antecedentes de asma bronquial y rinitis alérgica, además de enfermedad pélvica inflamatoria hace 6 meses. Sexualmente activa, sin utilizar método de anticoncepción, cursa con periodo de amenorrea de 8 semanas aproximadamente calculado por FUM (fecha de última menstruación).

Acude a consulta del servicio de emergencia gineco-obstétrica por referir cuadro clínico de 6 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal, de tipo cólico, de localización en hipogastrio, sin irradiación, de intensidad 10/10,

que inicia de manera súbita, con progresión de la intensidad del dolor, refiere que inicialmente se automedica con ketorolaco ampolla de 60 mg, vía intramuscular, con poca mejoría.

Cuadro clínico se acompaña de sangrado transvaginal, abundante, con presencia de coágulos sanguíneos, color rojo rutilante, de igual horas de evolución.

Por este motivo paciente acude en primera instancia a obstetrix particular, quien decide que paciente debe acudir a centro de mayor referencia, por lo cual ingresa en esta casa de salud.

A su ingreso, paciente con persistencia de su sintomatología, luce notablemente decaída y enferma, motivo por el que se decide su ingreso hospitalario y valoración urgente por ginecología.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Se trata de paciente femenina, joven, en edad reproductiva, que se encuentra en el servicio de emergencia ginecológica.

La encontramos en posición antiálgica, con flexión de extremidades inferiores sobre el tórax (posición fetal) adoptada por dolor. Su piel y mucosas en buen estado de hidratación, sin cambios de coloración. Facie álgica, biotipo morfológico normosómico, estado nutricional conservado. Estado de conciencia alerta y consciente, con escala de Glasgow de 15/15. Respirando al ambiente sin signos de insuficiencia respiratoria y desde el punto de vista cardiovascular compensada.

A la inspección: normocéfalo, cabello bien implantado, sin deformidades en pabellones auriculares, facie álgica, mucosas orales hidratadas, sin cambio de coloración en conjuntivas. Cuello simétrico, no se observan masas ni pulsos patológicos. Tórax simétrico, se observa buena expansión de la caja torácica. Abdomen sin patologías observadas. Extremidades simétricas, móviles.

A la palpación: cráneo y cara sin novedades. Cuello no se palpan masas ni adenopatías. Tórax, conserva la expansión de ambos hemitórax de manera

simétrica, frémito palpable normal. Choque de punta palpable en región infra mamilar izquierda. Abdomen tenso, poco depresible, muy doloroso a la palpación superficial y profunda de forma difusa, y con mayor intensidad en hipogastrio. Presenta signos de irritación peritoneal y defensa muscular. Extremidades sin novedades

A la percusión: tórax sin novedades. Abdomen poco valorable por dolor manifestado por paciente.

A la auscultación: tórax, murmullo vesicular sin alteraciones. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen, ruidos hidroaéreos ausentes.

Sus signos vitales al ingreso son:

PA: 90/60 mmHg – Pulso 110 x min – Frecuencia respiratoria: 18 x min – Frecuencia cardiaca 110 x min – Saturación de oxígeno 98% sin necesidad de oxígeno suplementario – Temperatura: 36.5 grados c.

Valoración ginecológica:

Se observa sangrado transvaginal con presencia de coágulos. Al tacto vagina, cuello central, blando, con apertura de su cuello.

Valoración de enfermería por patrones funcionales:

1.- Necesidad de respirar: paciente con antecedentes de procesos respiratorios inmuno alérgicos, con crisis asmáticas a repetición, sin embargo, actualmente se encuentra compensada. A su ingreso sin dificultad respiratoria, y al examen físico sin ruidos asociados a su proceso asmáticos.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación: su estado nutricional actual es conservado, su estado de hidratación conservado. Actualmente se alimenta por propios medios sin necesitar ayuda de terceros.

3.- Necesidad de eliminación: catarsis y diuresis conservada. Presenta actualmente sangrado transvaginal como pérdida hemática relacionado a su cuadro clínico.

4.- Necesidad de movimiento: paciente que por dolor abdominal presenta limitación del movimiento, se encuentra en posición antiálgica forzada.

5.- Necesidad de descanso y sueño: paciente conserva su estado de sueño y descanso.

6.- Necesidad de vestirse y desvestirse: sin alteraciones.

7.- Necesidad de termorregulación: paciente sin alteraciones de su temperatura corporal.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel: paciente conserva su estado de higiene.

9.- Necesidad de evitar peligros: conservada.

10.- Necesidad de comunicarse: conservada.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y religiones: paciente que vive según sus creencias sin ser parte de una religión especial.

12.- Necesidad de trabajo y realización: paciente estudiante de tercer nivel, con metas de cumplir profesionalmente.

13.- Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas: no valorable al momento.

14.- Necesidad de aprendizaje: paciente en proceso de aprendizaje.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

- Necesidad de eliminación
- Necesidad de movimiento

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Prueba de laboratorio	Resultado	Valor referencial
Glóbulos blancos	5.2 uL	4-10
Neutrófilos%	55.0%	40-75%
Linfocitos%	28.1%	20-45%

Glóbulos rojos	3.80 uL	4-5
Hemoglobina	9.8 g/dL	11.5-17
Hematocrito	29.4%	36-42%
Plaquetas	233.000 u/L	150.000-400.000
Glicemia	70 mg/dL	70-110
TGO	29 U/l	Hasta 40
TGP	48 U/l	Hasta 42
Colesterol total	115 mg/dL	Hasta 200
Triglicéridos	76 mg/dL	Hasta 150
Urea	9 md/dL	5-18 mg/dL
Creatinina	0.6 md/dL	0.5-0.8
Amilasa	60 U/l	28-100
Lipasa	15 U/l	13-60
Sodio	138 mmol/L	136-145
Potasio	4.0 mmol/L	3.5-4.5
Proteína C reactiva	40 mg/dl	Hasta 10 mg/dl
Gonadotropina coriónica humana cualitativa	Positiva	
ECOGRAFÍA PÉLVICA ENDOVAGINAL		
Informe:		
Se observa hacia el anexo izquierdo, a nivel de zona correspondiente a trompa de Falopio, una masa heterogénea, mal definida, avascular, que mide aproximadamente 8.2 X 5.9 cm, en cuyo interior se identifica imagen que podría corresponder saco gestacional. Además, se visualiza líquido libre en fondo de saco de Douglas y pelvis aproximadamente 150 CC. Imagen puede corresponder a embarazo ectópico accidentado, correlacionar con cuadro clínico de la paciente.		

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

Diagnóstico presuntivo:

Abdomen agudo hemorrágico.

Diagnóstico diferencial:

- Embarazo ectópico roto
- Apendicitis aguda complicada

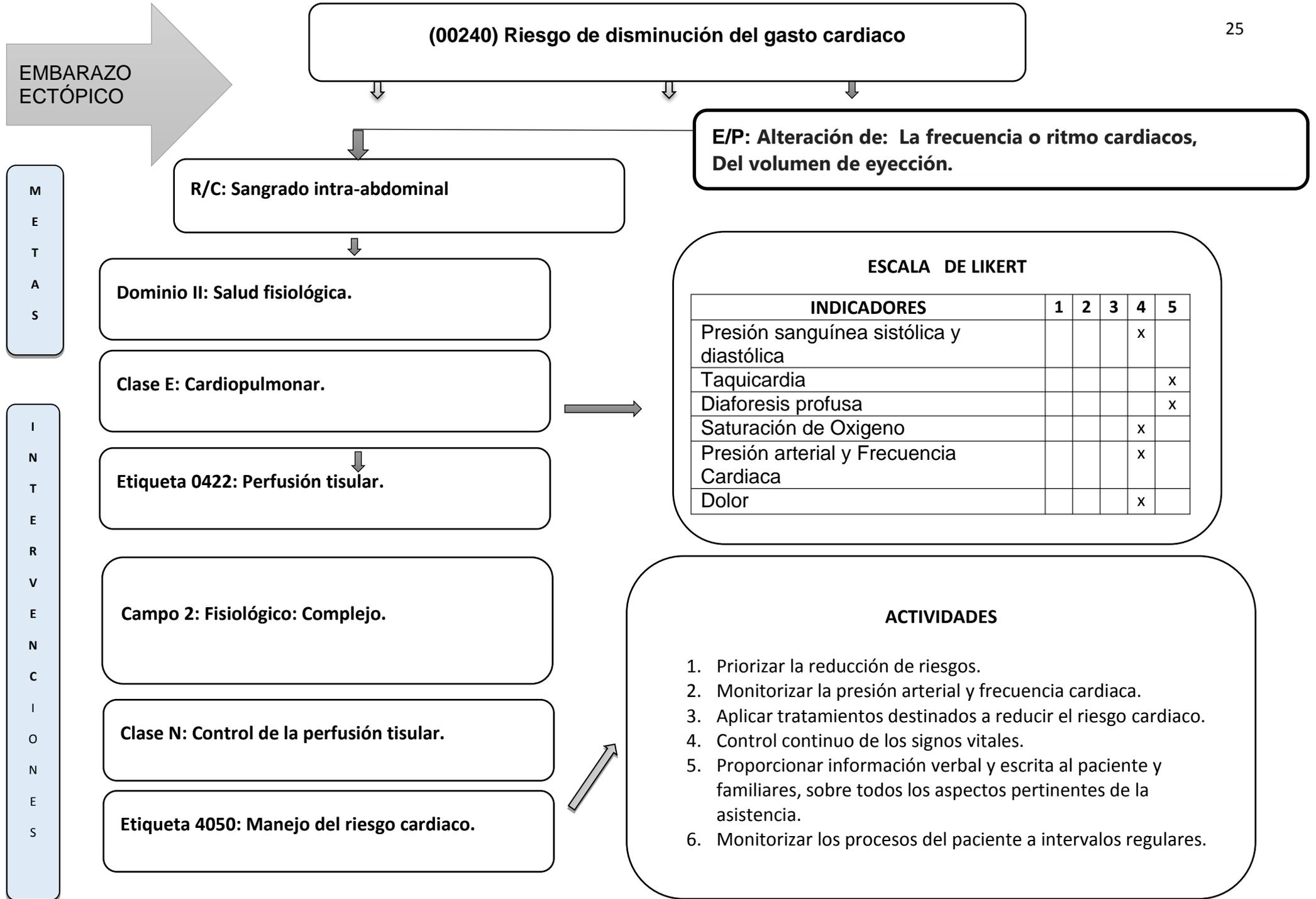
Diagnóstico definitivo:

Abdomen agudo hemorrágico, secundario a embarazo ectópico roto.

Diagnóstico de enfermería:

- Riesgo de disminución del gasto cardiaco (00240) *relacionado con* sangrado intra abdominal.
- Riesgo de shock (00205) *relacionado con* sangrado intra abdominal y sangrado transvaginal *manifestado por* alteración de las constantes vitales, principalmente pulso y presión arterial.

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



EMBARAZO ECTÓPICO

(00205) Riesgo de Shock

R/C: Sangrado intra abdominal y sangrado transvaginal.

E/P: *Alteración* de las constantes vitales, principalmente pulso y presión arterial.

M
E
T
A
S

Dominio II: Salud fisiológica.

Clase E: Cardiopulmonar.

Etiqueta 0414: Estado Cardiopulmonar.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Presión arterial sistólica y diastólica				x	
Ritmo Cardíaco					x
Saturación de Oxígeno y cianosis					x
Frecuencia respiratoria y cardíaca				x	
Deterioro cognitivo					x
Disnea en reposo y esfuerzo				x	
Pulsos periféricos				x	

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

Campo 2: Fisiológico: Complejo.

Clase N: Control de la perfusión tisular.

Etiqueta 4251: Manejo del Shock: Cardíaco.

- ACTIVIDADES**
- Monitorizar los signos vitales.
 - Controlar las tendencias de los parámetros hemodinámicos. (p. ej., presión venosa central, presión arterial media, presión arterial pulmonar/capilar pulmonar).
 - Vigilar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular. (PaO₂, SaO₂, niveles de hemoglobina, y gasto cardíaco).
 - Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.
 - Administrar líquidos cristaloides o coloides I.V, según corresponda.
 - Ofrecer apoyo emocional al paciente y familia fomentando las expectativas realistas del paciente.

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

En el tratamiento del embarazo ectópico, podemos citar los siguientes niveles de evidencia:

El metotrexato se ha demostrado muy eficaz en el tratamiento médico del embarazo ectópico (grado de recomendación A) y es tan efectivo como el tratamiento quirúrgico (grado de recomendación B), aunque es menos eficiente (produce más costes sanitarios) si no se da de alta precozmente a la paciente.

El tratamiento con metotrexato debería ofrecerse a un tipo de pacientes determinado y deben existir unidades hospitalarias con protocolos de tratamiento y seguimiento (grado de recomendación B).

El tratamiento quirúrgico: siempre que sea posible, la vía laparoscópica es preferible a la laparotomía. En pacientes hemodinámicamente inestables, es preferible la laparotomía. También debe utilizarse la laparotomía si no existe personal entrenado para la realización de una laparoscopia. Cuando la paciente presente datos de rotura tubárica con shock hipovolémico, se recomienda la salpingectomía.

Actitud expectante: No todos los embarazos ectópicos progresan y ponen en riesgo a la paciente. La resolución del embarazo ectópico está bien documentada: ocurre en el 44-69% de los casos correctamente indicados. Este tipo de actitud es factible en mujeres hemodinámicamente estables y con tasas iniciales de β -HCG < 1.500 mU/ml y en descenso y localización del embarazo desconocida (grado de recomendación C).

2.8 Seguimiento.

La paciente estudiada fue ingresada por el servicio de emergencia ginecológica, en la que en primera instancia fue abordada por médico especialista en ginecología. Se procedió a realizar exámenes complementarios tanto de sangre como de imágenes.

Nuestra acción como enfermería en ese momento fue la de aplicar las primeras medidas prescritas por el médico, de igual manera cuidar de la integridad de la paciente.

Posterior a los resultados de los análisis, se establecen los diagnósticos tanto médicos como de enfermería, y desde el accionar médico se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente. Se realizó laparotomía exploratoria, encontrando hemoperitoneo moderado, y saco gestacional roto.

Durante el quirófano el actuar de enfermería fue velar por la integridad de la paciente siguiendo las normas e indicaciones del cirujano.

Posterior a la intervención la paciente egresa de quirófano en buenas condiciones, pasa a sala de recuperación por 4 horas y luego a sala de hospitalización general.

Durante su hospitalización paciente permanece estable, se aplican diferentes acciones de enfermería, entre ellas la aplicación de medicamentos, monitorización de signos vitales constantemente, cuidados de vías y sondas, asistir en deambulación a la paciente, etc.

Al cabo de 5 días y con exámenes de control estables paciente es dada de alta sin novedades.

2.9 Observaciones.

Todas las decisiones e intervenciones aplicadas tanto médicas como de enfermería fueron explicadas detalladamente a la paciente y familiares, posterior a lo cual se realizan las firmas de consentimientos informados.

Los datos obtenidos de la historia clínica fueron con conocimiento y autorización de los jefes de sala de hospitalización.

La paciente fue bien valorada desde su ingreso, por lo cual se logró aplicar correctamente los procesos de atención de enfermería y las decisiones fueron oportunas y en el momento indicado.

CONCLUSIONES:

- Se logra aplicar el proceso de atención de enfermería desde el ingreso hospitalario hasta su egreso, obteniendo resultados favorables.
- También se logró analizar los patrones funcionales obteniendo como alterados el patrón cardio respiratorio y de eliminación.
- Las intervenciones realizadas por parte de enfermería fueron correctas en todos los momentos por los cuales la paciente transcurrió.
- Los diagnósticos de enfermería son un complemento a los diagnósticos médicos y logran mejorar el estatus general de la paciente con las intervenciones realizadas.
- La ruptura de embarazo ectópico puede comprometer la vida de la paciente con shock hemorrágico.
- La hipovolemia es una causa de muerte en casos de ruptura de embarazo ectópico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bouyer, J., COste, J., Puoly, J., & Job, N. (2002). Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Human reproduction*, 17(12), 3224-3230. doi:10.1093/humrep/17.12.3224.
- Capmas, P., Bouyer, J., & Fernandez, H. (2014). Treatment of ectopic pregnancies in 2014: new answers to some old questions. *Fertility and sterility*, 101(3), 615-620. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.01.029.
- Drife, J. (2005). Why mothers die. *Royal College of Physicians of Edinburgh*, 332-336.
- Elson, J., Tailor , A., Salim, R., & Hillaby, K. (2004). Expectant management of tubal ectopic pregnancy: prediction of successful outcome using decision tree analysis. *Ulsasound in obsterics and ginecolgy*. Obtenido de <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.1061>
- Farquhar, C. (2005). Ectopic pregnancy. *The Lancet*. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67103-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67103-6)
- Kirk, E., Bottomley, C., & Bourne, T. (2014). Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. *Human reproduction up date*, 20(2), 250-261. doi:doi: 10.1093/humupd/dmt047.
- Marion, L., & Meeks, G. (2012). Ectopic pregnancy: History, incidence, epidemiology, and risk factors. *Clinical Obstetrics and Ginecology*, 376-386. doi:doi: 10.1097/GRF.0b013e3182516d7b.
- MSP. (15 de Julio de 2021). *Gobierno del Encuentro fortalece políticas para prevenir embarazos en niñas y adolescentes*. Obtenido de MSP: <https://www.salud.gob.ec/gobierno-del-encuentro-fortalece-politicas-para->

prevenir-embarazos-en-ninas-y-
adolescentes/#:~:text=En%20Ecuador%2C%20diariamente%205%20ni%C3%
B1as,fueron%20resultado%20de%20violencia%20sexual.

- Perkins, K., Boulet, S., & Kissin, D. (2015). Risk of ectopic pregnancy associated with assisted reproductive technology in the United States, 2001-2011. *Obstetrics and gynecology*, 70-78. doi:doi: 10.1097/AOG.0000000000000584.
- Villeres, A., Bonet, R., & Santiesteban, R. (2017). Factores relacionados con el embarazo ectópico. *Multimed*, 21(2). Obtenido de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/486>