



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 DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 28 AÑOS CON EMBARAZO ECTÓPICO DE 6 SEMANAS DE GESTACIÓN.

AUTOR

BRILLYTH YAMILEX RUIZ FREIRE

TUTOR

BLANCA CECILIA ALVAREZ MACIAS

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

INDICE GENERAL

Contenido

Contenido.....	II
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
TITULO DEL CASO CLÍNICO	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
I. MARCO TEÓRICO.....	1
Definición	1
Tipos de embarazo ectópico:	1
Factores de riesgo:	2
Cuadro clínico y diagnóstico.....	3
Diagnostico por ecografía:	3
Criterios para el diagnóstico ecográfico:.....	4
Opciones de manejo.....	4
Tratamiento médico.....	4
1.1 Justificación	5
1.2 Objetivos	6
Objetivo general.....	¡Error! Marcador no definido.
Objetivos específicos.....	6
1.3 Datos generales.....	6
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	7
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	7
Motivo de consulta:	7
Antecedentes:	7
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis). .	8
2.3 Examen físico (exploración clínica).	9
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON:	10

2.4	Información de exámenes complementarios realizados.	11
2.5	Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.	12
	Diagnóstico presuntivo:	12
	Diagnóstico diferencial:.....	12
	Diagnóstico definitivo:	12
	Médico:	¡Error! Marcador no definido.
	Enfermería:.....	12
	14
	15
2.7	Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	16
2.8	Seguimiento.	17
2.9	Observaciones.....	18
	CONCLUSIONES:	19
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

DEDICATORIA

A mi madre muy especial, que me dio la vida, el amor y el firme propósito de alcanzar una carrera digna y humana.

A mi padre por su apoyo incondicional.

Que su paciencia y devoción fueron un estímulo constante para alcanzar mi objetivo ya que siempre han estado ahí presentes en cada uno de mis pasos y en el amor a mi objetivo.

Que Dios los proteja siempre.

AGRADECIMIENTO

Cuando nuestra vida nos enfrenta a una tarea de tal magnitud se necesita el apoyo de una mano amiga, por lo que es muy difícil agradecer a todos los que de alguna forma contribuyeron a esto.

A mi tutora por su colaboración en esta investigación.

A mi familia por su apoyo diario, son mi fuerza para continuar con todas las tareas que se asignan.

A todos los que de una forma u otra contribuyeron a la realización y culminación de esta investigación.

TITULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 28 AÑOS CON EMBARAZO ECTÓPICO DE 6 SEMANAS DE GESTACIÓN.

RESUMEN

El presente trabajo, se trata de un estudio de caso clínico de una paciente femenina de 28 años de edad, con embarazo ectópico accidentado, en la que se realiza su valoración desde el ingreso hospitalario hasta la resolución del caso. El principal objetivo es la aplicación del proceso de atención de enfermería con la intención de ejecutar intervenciones que mejoren el pronóstico del paciente. La metodología utilizada para la atención de la paciente es el proceso de atención de enfermería, además, el seguimiento del caso, análisis de la problemática, revisión bibliográfica y ejecución de intervenciones del personal que asiste al paciente. Los principales resultados obtenidos son: se aplica oportunamente el proceso de atención de enfermería; se ejecutan intervenciones que mejoran el pronóstico del paciente; se da resolución al caso clínico presentado. La utilidad del estudio de caso presentado además busca ser una fuente de revisión bibliográfica para trabajos futuros a realizarse.

Palabras claves:

Embarazo ectópico – Sangrado Transvaginal – Abdomen agudo hemorrágico

ABSTRACT

The present work is a clinical case study of a 28-year-old female patient with an uneventful ectopic pregnancy, in which her assessment is carried out from hospital admission to the resolution of the case. The main objective is the application of the nursing care process with the intention of executing interventions that improve the patient's prognosis. It is used as a method, the follow-up of the case, analysis of the problem, bibliographical revision and execution of interventions of the personnel that assists the patient. The main results obtained are: the nursing care process is applied in a timely manner; interventions are carried out that improve the patient's prognosis; resolution is given to the clinical case presented. The usefulness of the case study presented also seeks to be a source of bibliographic review for future work to be carried out.

Keywords:

Ectopic pregnancy – Transvaginal bleeding – Acute hemorrhagic abdomen

INTRODUCCIÓN

El embarazo que se presenta como ectópico es una casusa frecuente de morbilidad y mortalidad en el I trimestre del embarazo, representa el 9% de las muertes maternas en el primer trimestre de gestación. En los años 1997 y 1999 se diagnosticaron aproximadamente 32 mil embarazos ectópicos cada año, de los cuales 13 resultaron fallecidos. Los últimos 30 años la patología ha aumentado siendo un 0.5% en los años 1970, y actualmente 1.1%.

Debido a que actualmente hay mayor número de casos que se diagnostican, el diagnóstico es mayor, además de que los factores de riesgo han aumentado, por ejemplo: mayor número de pacientes que se someten a reproducción asistida, uso de métodos de anticoncepción entre ellos el DIU, mayor número de pacientes con enfermedades pélvicas inflamatorias, antecedentes de embarazos ectópicos previos, antecedentes de cirugías abdominales principalmente las que incluyen trompas de Falopio, endometriosis y tabaquismo

La importancia de la realización de este caso clínico es el aprendizaje sobre las intervenciones de enfermería que se deben aplicar de manera oportuna para mejorar la evolución del paciente. Este trabajo va dirigido al personal de enfermería que se interese en la lectura de la patología presentada, además a los estudiantes de enfermería que requieran del aprendizaje del mismo.

Se espera obtener resultados que beneficien al paciente posterior a la ejecución del proceso de atención de enfermería y sus diferentes intervenciones.

I. MARCO TEÓRICO

El embarazo ectópico es aquel que se presenta por fuera del útero, y principalmente en la trompa ovárica. Toda mujer en edad fértil que se debuta con dolor abdominal, se debe de tener como diagnóstico diferencial un embarazo ectópico. No siempre se presenta el cuadro típico de dolor abdominal, amenorrea y sangrado por la vagina, por lo que los exámenes complementarios son de gran importancia para establecer el diagnóstico. Actualmente el tratamiento del embarazo ectópico es cada vez menos invasivo y más conservador, lo cual tiene como objetivo evitar la morbilidad que conllevan los procedimientos que necesitan de invasión, sobre todo los problemas de infertilidad y de ser un factor de riesgo de nuevos embarazos ectópicos.

El metrotexato tiene buenos resultados como tratamiento conservador en paciente con embarazo ectópico bien seleccionados. (Rana, et al., 2013)

Definición

El embarazo extra uterino o embarazo ectópico, significa la implantación del blastocito en un lugar fuera del endometrio, con mayor prevalencia en las trompas uterinas (95%). Además, pueden desarrollarse en otros sitios como en el ovario (3.2%), e intra abdominal (1.3%). La ruptura tubárica y la hemorragia intra abdominal es de gran morbimortalidad en pacientes con embarazos ectópicos, por lo tanto, se considera una verdadera emergencia médica que requiere tratamiento inmediato y oportuno. (Marion & Meeks, 2012)

Tipos de embarazo ectópico:

Las trompas de Falopio es el lugar en el que con mayor prevalencia se desarrollan los embarazos ectópicos. En un 80% crecen en la porción ampular, 15% en el istmo, y 5% en las fimbrias.

En el cuello uterino es raro y solo se presentan en el 0.1%. El embarazo ectópico que se desarrolla en los ovarios es muy raro y la incidencia es menor del 1%.

Casos muy raros de presentación como aquellos embarazos ectópicos que se presentan en cicatrices previas como la de la cesárea. (Perkins, Boulet, & Kissin, 2015)

El embarazo ectópico de presentación intra abdominal se presenta en 1.3% de los casos, y es una forma muy rara de presentación de embarazo extra uterino.

Factores de riesgo:

Los factores de riesgo son multifactoriales, entre ellos tenemos obstrucciones anatómicas, anomalías en la función ciliar de las trompas uterinas, productos de concepción anormales, factores quimiotácticos que estimulan la implantación en las trompas de Falopio.

Se considera que hasta el 50% de mujeres son embarazo ectópico no tienen factores de riesgos conocidos o identificables. (Kirk, Bottomley, & Bourne, 2014)

Entre los factores de riesgo de alto impacto se considera que las enfermedades tubáricas son muy importantes.

Las mujeres que presentan embarazo ectópico, aproximadamente el 25% tienen otro evento, pero afortunadamente el 80% de los otros embarazos son intra uterinos.

Entre otros factores de riesgo tenemos las anomalías congénitas, endometriosis, cirugías previas, salpingitis, endometriosis tubárica, miomas intra uterinos. (Capmas, Bouyer, & Fernandez, 2014)

Los procedimientos de esterilización sin tener éxitos, son un factor de riesgo para embarazo ectópico. Los DIU predisponen a una décima parte de las mujeres en tener embarazo ectópico. Generalmente las mujeres con DIU tienen mayor probabilidad de tener embarazo ectópico que aquellas que no lo usan. La incidencia es del 4% aproximadamente.

Entre los factores de moderada gravedad, tenemos las infecciones vulvo vaginales y enfermedades pélvicas inflamatorias, estas dan un riesgo de 4 veces mayor que mujeres que no han presentado estas enfermedades. Y cada vez que una mujer tiene.

El tabaquismo se asocia a alteraciones en la motilidad de las trompas de Falopio, y a su vez a embarazo ectópico. (Taheri, Bharathan, Subramaniam, & Kelly, 2014)

Entre los factores de bajo riesgo, tenemos la terapia de reproducción asistida

Cuadro clínico y diagnóstico

Generalmente se consideraba a la triada de dolor abdominal, amenorrea y sangrado transvaginal como los patognomónicos de la enfermedad, sin embargo, hasta un tercio de las mujeres con embarazo ectópico no presentan este cuadro clínico típico. Hasta un 10% de las pacientes no presentan síntomas.

Frecuentemente los síntomas son inespecíficos y suelen confundir con otras enfermedades vaginales, digestivas o urológicas, por ejemplo apendicitis aguda, salpingitis, ruptura de quiste ovárico, aborto, torsión de ovario, infección del tracto urinario, gastro enteritis, etc.

El dolor abdominal, el sangrado transvaginal, obliga a realización de un ultra sonido para confirmar el diagnóstico, junto con una prueba de embarazo.

Otros síntomas menos frecuentes son las náuseas, vómitos y diarreas.

Cuando hay ruptura del embarazo ectópico, el paciente presenta distensión abdominal, dolor intenso, peritonitis y shock hipovolémico por sangrado intra abdominal. (Sandoval, Hernandez, & Vargas, 2019)

Diagnostico por ecografía:

Actualmente el hallazgo a encontrar es la visualización de la masa ectópica y no solo la ausencia de embarazo intra uterino.

El eco transvaginal es superior al transabdominal, con una sensibilidad alrededor del 90%.

Criterios para el diagnóstico ecográfico:

Alrededor del 20% se puede observar una colección líquida en el endometrio, denominada como pseudosaco.

Es común poder observar líquido libre en el fondo de saco de Douglas. Que puede presentar entre el 30 y 50%. Esto se correlaciona con el hemoperitoneo.

Lo más frecuente es encontrar una masa en anexo no quístico, que se presenta en aproximadamente el 60% de los casos.

En un 20% puede observarse un saco vitelino con o sin actividad cardiaca.

Diagnostico quirúrgico:

Se realiza en pacientes con abdomen agudo hemorrágico y con shock, que ameritan intervención quirúrgica urgente.

Opciones de manejo**Manejo expectante:**

El manejo expectante se lo realiza en mujeres estables con embarazos de localización aún desconocida. Debe realizarse un seguimiento intensivo hasta que los valores de hCG sean normales.

Se utiliza metrotexato desde el año 1982, actuando sobre las células proliferativas.

Cirugía:

Generalmente se realiza salpingectomía por vía laparoscópica. Es decir, la eliminación de la trompa uterina con el embarazo dentro de ellas. (Villeres, Bonet, & Santiesteban, 2017)

Tratamiento médico

El metrotexato se puede utilizar hasta en un 90% de las mujeres seleccionadas. Suele utilizarse 50mg por vía intramuscular. Puede necesitarse una dosis de refuerzo en hasta 20% de las pacientes.

Las pacientes que se benefician de este tratamiento son aquellas que se encuentran termodinámicamente estables, con una concentración de hCG menor de 5000 U/mL y que en ecografía se descargue actividad cardíaca. Generalmente que la masa sea menor de 4cm.

Nuevas estrategias

La mifepristona se ha utilizado como adyuvante en el tratamiento médico. Sin embargo en un estudio aleatorio no se demostró beneficio, excepto en mujeres con progesterona de 10 o más.

Otro estudio demostró que el uso de metrotexato y gefitinib oral, el tiempo de recuperación fue menor que con el uso de metrotexato solo.

También se ha estudiado el uso de embolización de la arteria uterina con la inyección intraarterial de metotrexato con buenos resultados. (Escobar, Perez, & Martinez, 2017)

1.1 Justificación

El presente estudio de caso clínico sobre embarazo ectópico tubárico en mujer joven que se presenta como abdomen agudo hemorrágico, busca en primera instancia el conocimiento amplio de un caso real presentado durante mis práctica pre profesionales, en el cual se articulan tanto las valoraciones e intervenciones del médico como del personal de enfermería desde su ingreso hasta su resolución completa del caso.

El caso clínico servirá como base teórica mediante la exhaustiva búsqueda bibliográfica, para que alumnos interesados en el caso puedan tomar como base el trabajo presentado.

Considero trascendental la presentación de este trabajo ya que la patología estudiada es frecuente en las emergencias gineco obstétricas de los hospitales del país, por lo cual es importante conocer a fondo dicha patología que seguramente durante nuestro andar profesional nos tocará enfrentarnos.

La información obtenida del caso clínico, servirá como base para la búsqueda profunda de fuentes bibliográficas confiables, que complementarán la parte teórica y que servirá para reforzar el conocimiento que hemos obtenido en las clases de nuestras aulas universitarias.

1.2 Objetivos

Objetivo general

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente gestante de 28 años de edad, con embarazo ectópico de 6 semanas de gestación.

Objetivos específicos

- Realizar la valoración de enfermería según las necesidades básicas de Virginia Henderson.
- Establecer los diagnósticos de enfermería acorde a la valoración realizada.
- Proponer las intervenciones de enfermería acordes a los diagnósticos propuestos.
- Determinar resultados que beneficien al paciente, que se presenten luego de las intervenciones de enfermería.

1.3 Datos generales

Identificación de la paciente:

Sexo: femino

Edad 28 años

Lugar de nacimiento y procedencia: Quevedo

Instrucción: secundaria

Estado civil casada

Católica

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Motivo de consulta:

Dolor abdominal – Sangrado transvaginal – mareo

Antecedentes:

Patológicos personales:

- Gastritis: hace 2 años, recibió tratamiento para helicobacter pylori por 14 días.
- 1 aborto espontáneo hace 3 años.

Patológicos familiares:

- Madre: cáncer de estómago.
- Padre: hipertenso
- Hermanos: 2 hermanos, sin antecedentes.

Alergias: ninguna

Quirúrgicos:

- Legrado hace 3 años, por aborto espontáneo (12 semanas).

Hábitos tóxicos:

- Fumadora esporádicamente.
- Bebedora ocasional

Medicación habitual:

- Suplementos nutricionales

Antecedentes gineco-obstétricos:

- G1 P0 C0 A1
- Anticonceptivos: T- de cobre por 3 años, se lo retiró hace 5 meses.
- Enfermedad pélvica inflamatoria a repetición, recibiendo asistencia por ginecología.
- Fum: 15 julio del 2021

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

Paciente femenina de 28 años de edad, con antecedentes de aborto espontáneo hace 3 años, y actualmente sin anticoncepción, cursa con amenorrea de 6 semanas. Se presenta a la consulta de emergencia, por presentar 12 horas de evolución de cuadro clínico, que se caracteriza por dolor abdominal tipo cólico, con una intensidad 10/10, que se localiza en fosa iliaca derecha, que aparece de manera espontánea, con irradiación a región pélvica, que no calma con posiciones antiálgicas, se medica con ketorolaco amp de 60 mg, por vía IM en una sola dosis, sin mejoría. Además, su cuadro clínico se acompaña de sangrado vaginal escaso, color rojo rutilante, sin la presencia de coágulos. Además, refiere presentar mareo. Niega la presencia de otra sintomatología que acompañe el cuadro clínico.

Por este motivo paciente acude a servicio de emergencias para su valoración.

A su ingreso, su cuadro clínico es persistente, motivo el cual se decide ingreso hospitalario, y valoración por el servicio de ginecología.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

A la valoración inicial en el servicio de emergencias, nos enfrentamos ante paciente del sexo femenino, joven, en edad reproductiva, que se encuentra en posición de decúbito lateral derecho, con posición antiálgica genupectoral forzada. Fascia dolorosa. Biotipo normosómico, nutrición conservado, alerta, escala de Glasgow de 15/15, piel hidratada, mucosas pálidas, llenado capilar 2 segundos. Respirando al ambiente, sin signos de dificultad respiratoria, y cardiovascular hemodinámicamente estable.

Signos vitales:

Presión arterial: 85/60 mmHg, pulso 90 x minuto, frecuencia respiratoria 16 x minuto, frecuencia cardiaca 90 por minuto, saturación 97%, temperatura 36.7 grados centígrados.

A la inspección: cuero cabelludo bien implantado, no deformidades craneales, sin alteraciones faciales. A nivel cervical no se observan masas ni pulsaciones. A nivel del tórax se observa buena expansión de caja torácica. A nivel abdominal sin novedades, cicatriz umbilical normal. A nivel pélvico normal. A nivel de extremidades superiores e inferiores, simétricas y móviles.

A la palpación: a nivel de la región cervical, no se palpan masas ni adenopatías. A nivel torácico, se palpa frémito sin alteraciones, las maniobras de expansión torácica son normales. A nivel abdominal, el abdomen se presenta tenso, no depresible, doloroso a la palpación difusa superficial y profunda, se presenta con signos de irritación peritoneal. No se logran palpar visceromegalias.

A la percusión: de la región torácica sin alteraciones. A nivel abdominal se percute matidez en hemiabdomen inferior y timpanismo en el marco colónico.

A la auscultación: campos pulmonares ventilados sin ruidos agregados. La auscultación abdominal manifiesta silencio auscultatorio (ausencia de ruidos hidroaéreos).

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON:

1.- Necesidad de respirar: paciente sin alteraciones del patrón respiratorio, no antecedentes de enfermedades pulmonares. Actualmente respira sin dificultad, sin alterar su frecuencia respiratoria ni su saturación de oxígeno.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación: estado nutricional conservado, paciente se alimenta acorde a las necesidades. Su estado de hidratación actual es conservado.

3.- Necesidad de eliminación: defecación sin alteraciones, conservada, diariamente. Diuresis conservada sin alteraciones de frecuencia, volumen y características físicas. Actualmente presenta pérdida transvaginal sanguinolenta, escasa.

4.- Necesidad de movimiento: paciente sin antecedentes de la movilidad de sus extremidades, sin embargo, por su patología actual presenta limitación del movimiento debido al dolor abdominal. Paciente que ejerce una postura antiálgica.

5.- Necesidad de descanso y sueño: conservado, paciente conciliar el sueño nocturno sin dificultad.

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

7.- Necesidad de termorregulación: se ha mantenido con temperatura normal desde su ingreso.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel: conserva su estado de higiene, su piel y anexos no presentas deterioro.

9.- Necesidad de evitar peligros: alterado por el dolor abdominal que presenta actualmente.

10.- Necesidad de comunicarse: paciente que se comunica con el personal que la asiste, brindando la información necesaria sobre sus antecedentes gineco obstétricos, los cuales son importantes para establecer diagnósticos actuales.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y religiones: paciente con creencias de catolicismo.

12.- Necesidad de trabajo y realización: conservada.

13.- Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas: conservada

14.- Necesidad de aprendizaje: conservada.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Prueba de laboratorio	Resultado	Valor referencial
Glóbulos blancos (GB)	8.5 uL	4-10
Neutrófilos %	75.0%	40-75%
Linfocitos %	30.1%	20-45%
Glóbulos Rojos	4.01 uL	4-5
Hemoglobina	10.8 g/dL	11.5-17
Hematocrito	32.4%	36-42%
Plaquetas	254.000 u/L	150.000-400.000
Glicemia	103 mg/dL	70-110
TGO	35 U/l	Hasta 40
TGP	38 U/l	Hasta 42
Colesterol total	140 mg/dL	Hasta 200
Triglicéridos	89 mg/dL	Hasta 150
Urea	15 md/dL	5-18 mg/dL
Creatinina	0.7 md/dL	0.5-0.8
Proteínas totales	6.3 g/dL	6-8
Globulinas	3.3 g/dL	2-3.5
Albúmina	5.0 g/dL	3.8-5.4
Amilasa	36 U/l	28-100
Lipasa	20 U/l	13-60
Sodio	138 mmol/L	136-145
Potasio	4.0 mmol/L	3.5-4.5
Proteína C reactiva	150 mg/dl	Hasta 10 mg/dl
Procalcitonina	0.3 ng/ml	Hasta 0,5 ng/ml
Gonadotropina coriónica humana cualitativa	Positiva	
ELECTROCARDIOGRAMA		
Informe: EKG dentro de parámetros normales.		

ECOGRAFÍA PÉLVICA ENDOVAGINAL

Informe:

Hacia anexo derecho se identifica masa heterogénea, mal definida, avascular, difícilmente medible, que mide aproximadamente 7.9 X 5.7 cm, en cuyo interior se identifica imagen que podría corresponder a placa embrionaria. Además, se visualiza líquido libre en fondo de saco de Douglas y pelvis aproximadamente 250 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.

Diferencial:

- Apendicitis aguda
- Ruptura de embarazo ectópico

Diagnóstico definitivo médico:

- Abdomen agudo hemorrágico, debido a ruptura de embarazo ectópico

Diagnóstico de enfermería:

- Riesgo de disminución del gasto cardiaco (00240) y shock (00205) *relacionado con* sangrado intra abdominal.
- Deterioro de la movilidad física (00085) *relacionado con* dolor abdominal de gran intensidad *manifestado por* posiciones antiálgicas.

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

Analítica de la valoración de enfermería.

Mediante el estudio de mi caso clínico en un paciente con diagnóstico de embarazo ectópico de 6 semanas de gestación, puedo mencionar que unos de los principales problemas por los que se producen los embarazos ectópicos son:

- Uso de anticonceptivos por tiempo prolongado.
- Antecedentes de enfermedades inflamatorias pélvicas.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Defecto congénito de trompas de Falopio.

El presente estudio clínico también se analizara ciertas conductas desde los puntos de vista Biológico, ambiental, físico y social.

- Biológico: Presenta sangrado de color rojo rutilante acompañado de dolor tipo cólico.
- Ambiental: No refiere nada comprometedora.
- Físico: 1 aborto espontáneo hace 3 años y Gastritis hace 2 años, recibió tratamiento para helicobacter pylori por 14 días.
- Social: No ha asistido a consultas médicas solo 1 desde el legrado hace 3 años.

Procedimientos a Realizar

Control de signos vitales.

Canalizar con Catéter N°18.

Mantener vía periférica permeable.

Control de Sangrado.

Revisión de prescripción del médico tratante.

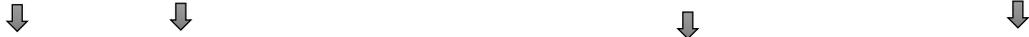
Administrar medicamentos.

Brindar bienestar y confort.

NANDA: 00085
 NOC: 3016
 NIC: 1400



DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA



M
E
T
A
S

R/C: Dolor abdominal

Dominio: Salud percibida

Clase: Satisfacción con los cuidados

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

Etiqueta: Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor

Campo: Fisiológico básico

Clase: Fomento de la comodidad física

Etiqueta: Manejo del dolor



E/P: Cambio de parámetros fisiológicos

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Dolor controlado				x	
Nivel de dolor controlado regularmente				x	
Acciones tomadas para aliviar el dolor			x		
Información proporcionada sobre opciones para manejar el dolor				x	

- ACTIVIDADES**
- ✓ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
 - ✓ Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
 - ✓ Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
 - ✓ Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

NANDA: 00240
 NOC: 3104
 NIC: 4050

RIESGO DE DISMINUCION DEL GASTO CARDIACO

M
E
T
A
S

R/C: Alteración del volumen de eyección

dominio: Conocimiento y conducta de salud

Clase: Gestion de salud

Etiqueta: Autocontrol: enfermedad arterial coronaria.

Campo: Fisiológico complejo

Clase: Control de la perfusion tisular

Etiqueta: Manejo del riesgo cardiaco

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

E/P: Cantidad de sangre inadecuada por el corazón

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Realiza el regimen terapeutico segun lo prescrito.				x	
Controla el inicio de los sintomas.					x
Utiliza la medicacion segun prescripcion.				x	
Adapta la rutina de vida para una salud optima.				x	

ACTIVIDADES

- Detectar si el paciente presenta conductas de riesgo asociadas con complicaciones cardíacas.
- Instruir al paciente y la familia sobre los signos y síntomas del inicio de la cardiopatía y de su empeoramiento, según corresponda.
- Priorizar las áreas de reducción del riesgo en colaboración con el paciente y la familia.
- Monitorizar los progresos del paciente a intervalos regulares.

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

De acuerdo a los siguientes estudios, se logra determinar un tratamiento médico para el embarazo ectópico.

Mergenthal et al. Realizan un estudio retrospectivo tipo cohorte incluyendo datos de tres centros médicos académicos entre el 1 de Agosto y el 30 de Junio del 2009. Se incluyeron mujeres con: a) sangrado vaginal del primer trimestre, dolor pélvico o ambos, b) diagnosticadas con embarazo ectópico, y 3) se sometieron a manejo médico con protocolos de una sola dosis o de dos dosis de metrotexate. El objetivo del estudio era evaluar la asociación entre el protocolo de metrotexate (una dosis vs dos dosis), la tendencia de la hCG y el tiempo de resolución del embarazo ectópico con la hipótesis de que el protocolo de dos dosis se asocia con una disminución más rápida inicial de los niveles de hCG en suero y un menor tiempo de resolución.

Ciento sesenta y dos embarazos ectópicos se incluyeron en el análisis final; 114 (70.4%) se trataron con protocolo con MTX de una sola dosis y 48 (29.6%) con protocolo de dos dosis. Encontraron que los niveles de hCG disminuyeron más rápidamente del día 0 al 4 y del día 0 al 7 en las que recibieron el protocolo de una sola dosis. Este hallazgo inesperado se notó a pesar de niveles iniciales de hCG similares, y sin diferencias de rango de éxito o tiempo de resolución. Estos hallazgos sugieren que ocurrió una confusión en la indicación en cuanto a que el protocolo de una sola dosis pudo haberse reservado para pacientes con mejor pronóstico. En mujeres que recibieron el protocolo de dos dosis, el valor de hCG al día 4 estaba en realidad aumentado, lo que sugiere que estas mujeres tenían un embarazo ectópico más agresivo. En última instancia, no hubo diferencia en las tasas de éxito o el tiempo de resolución entre los dos grupos, lo que sugiere que el protocolo de dos dosis podría haber atenuado las diferencias de pronóstico y el riesgo subsecuente de fallo.

Existen pequeños estudios aleatorios que valoran la eficacia entre los protocolos de una dosis y de dos dosis. Individualmente ninguno reporta diferencias en el éxito del

tratamiento basado en el protocolo, pero todos reportan una tendencia hacia un mejor resultado con el protocolo de 2 dosis. Cuando se combinan, la superioridad del manejo con protocolo de dos dosis se acerca a una significancia estadística (83.5% de éxito vs 88.5%). Dos de estos estudios encontraron un tiempo disminuido de resolución con el protocolo de dos dosis. Mergenthal et al. Concluyen que en general, a pesar de la confusión con la indicación de los protocolos, sus hallazgos de tasas similares de éxito y tiempo de resolución de los dos protocolos son consistentes con los resultados de estos ensayos aleatorios y se apoya el uso del protocolo de 2 dosis como el manejo médico primario del embarazo ectópico. Sin embargo, se requiere un diseño aleatorio controlado para eliminar la confusión por indicación.

2.8 Seguimiento.

La paciente se ingresó por emergencia, realizándose inmediatamente los análisis de laboratorio e imágenes, posterior a lo cual se estable el diagnóstico.

Es remitida al servicio de ginecología, quienes de inmediato le realizan las valoraciones pre quirúrgicas para intervenirla.

Fue intervenida 8 horas posterior a su ingreso, por ser una emergencia quirúrgica. Dentro de los hallazgos quirúrgicos se encuentra hemo peritoneo, y ruptura de saco gestacional de ubicación en trompa uterina. La paciente egreso de quirófano sin complicaciones.

Permaneció en sala de post operatorio durante 12 horas, y luego pasa a sala de hospitalización del área de ginecología.

Su hospitalización fue de 4 días, durante los cuales se realizan exámenes de laboratorios seriados. Su evolución clínica presentó mejoría notable, y paciente fue dada de alta sin complicaciones. Se dan indicaciones para valoración por consulta externa en 2 semanas.

Durante su estancia hospitalaria, se realizan las intervenciones de enfermería acordes a cada situación presentada, las mismas que se desarrollaron sin novedades.

2.9 Observaciones.

Desde el ingreso hospitalario la paciente fue informada sobre las conductas a desarrollarse. Se explica detalladamente sobre las intervenciones a realizarse tanto por el personal médico como el de enfermería, para lo cual se pide a la paciente y familiar que autoricen mediante la firma del consentimiento informado.

De igual manera cuando se decide su intervención quirúrgica, se explican los procedimientos a realizarse y las complicaciones tempranas y tardías que pueden presentar.

CONCLUSIONES:

- Se aplica de manera oportuna el proceso de atención de enfermería a la paciente estudiada, logrando así mejorar el pronóstico del caso.
- Se realiza la valoración de enfermería, identificando las necesidades alteradas, identificando principalmente la necesidad de eliminación y movilidad.
- Se establece el diagnóstico inicial oportuno de acuerdo a las necesidades del paciente se establecieron los diagnósticos de riesgo de disminución del gasto cardiaco y deterioro de la movilidad física.
- Los resultados obtenidos posterior a las intervenciones realizadas con el diagnóstico de deterioro de la movilidad física, con el manejo de la intensidad del dolor a través de las intervenciones realizadas, la paciente quedo en una escala de 4 (Satisfecho). En cuanto a las intervenciones en riesgo de disminución del gasto cardiaco, se controla el inicio de los síntomas, quedando en una escala de 5 (muy satisfecho).

La aplicación del régimen terapéutico según lo prescrito genero un 4% (satisfecho).

Los resultados de enfermería fueron los esperados, lo cual se logró obtener resultados breves.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- Escobar, B., Perez, C., & Martinez, H. (2017). Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *Revista medica del instituto mexicano de seguridad social*, 55(3). Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/4577/457750970002/457750970002.pdf>
- Kirk, E., Bottomley, C., & Bourne, T. (2014). Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. *Human reproduction update*, 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 Gynecology*, 376-386. doi:doi: 10.1097/GRF.0b013e3182516d7b.
- Mergenthal, M., Senapati, S., Zee, J., & Sammel, M. (2016). Medical management of ectopic pregnancy with single-dose and 2-dose methotrexate protocols: human chorionic gonadotropin trends and patient outcomes. *American Journal of obstetrics and gynecology*, 215(5). Obtenido de [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(16\)30385-4/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(16)30385-4/fulltext)
- 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.
- Rana, P., Kazmi, I., Singh, R., Afzal, M., Aseeri, A., Singh, R., . . . Anwar, F. (2013). Ectopic pregnancy: a review. *Archives of gynecology and obstetrics*, 747-757. doi:doi: 10.1007/s00404-013-2929-2.

- Sandoval, H., Hernandez, S., & Vargas, M. (2019). Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. *Revista clinica de la escuela de medicina de la universidad de Costa Rica*, 9(1), 28-36. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87031>
- Taheri, M., Bharathan, R., Subramaniam, A., & Kelly, T. (2014). A United Kingdom national survey of trends in ectopic pregnancy management. *Journal obsterics and gynecology*, 34(6), 508-511. doi:10.3109/01443615.2014.910181.
- 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>