



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Practica del Examen Complexivo previo a la obtención
del grado académico de Licenciado en Enfermería.**

TEMA:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACENTE DE 26
AÑOS DE EDAD POR HISTERECTOMIA ABDOMINAL.**

AUTORA:

MULLO CALUÑA GUISELA MAGALY

TUTORA:

LIC. OTERO TOBAR LIDICE LORENA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

ÍNDICE GENERAL.

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1 JUSTIFICACIÓN	8
1.2 OBJETIVOS.....	9
1.2.1 Objetivo General.....	9
1.2.2 Objetivos Específicos	9
1.3 DATOS GENERALES.....	10
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	11
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE	11
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE AL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL. (ANAMNESIS).....	12
2.3 EXAMEN FISICO. (EXPLORACIÓN FÍSICA).....	13
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	16
2.5 FORMULACION DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO	17
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	17
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	22
2.8 SEGUIMIENTO	23
2.9 OBSERVACIONES	24
CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXOS	28

DEDICATORIA.

El siguiente caso clínico está dedicada a toda mi familia, por los valores que me inculcaron y por las adversidades que superaron junto a mí; en especial, a mis padres, Clara y Gerardo, ya que sin ellos no llegaría a ser la persona que ahora soy, por siempre apoyarme y saber orientarme durante mi vida; a mis hermanos que siempre han tenido cualidades que me han servido de ejemplo para poder convertirme en el profesional que soñé. Gracias por siempre acompañarme en mis objetivos.

A Dios por brindarme la sabiduría y fortaleza necesaria para lograr cumplir mis objetivos y anhelos planteados.

Guisela Magaly Mullo Caluña.

AGRADECIMIENTO.

Quiero utilizar este lugar para agradecer a las personas que siempre me han apoyado a lo largo de mi vida, e incluso a quienes no están, porque cada momento compartido junto a todos, me ha dejado una enseñanza en mí que no es en vano, a mis padres, por todo el esfuerzo que pusieron día a día para ayudarme a cumplir mis objetivos en la vida y por su amor incondicional, por último y no menos importante, quiero agradecer a la Universidad Técnica de Babahoyo y a sus profesores, por guiarnos en este arduo proceso.

Guisela Magaly Mullo Caluña.

TITULO DEL CASO CLÍNICO.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 26 AÑOS DE
EDAD POR HISTERECTOMIA ABDOMINAL.

RESUMEN.

La histerectomía abdominal se basa en un proceso quirúrgico que es muy recurrente en el ambiente hospitalario hoy en día. Dentro de las primeras causas que puede dar paso a considerar este procedimiento se encuentran el leiomioma uterino, fibroma uterino, entre otras también podemos encontrar el embarazo ectópico. El embarazo cervical se encuentra dentro de los casos menos comunes dentro de los tipos de embarazo ectópicos. El riesgo que conlleva este tipo de implantación, al no ser diagnosticada a tiempo puede provocar un proceso hemorrágico grave.

El desarrollo de este estudio se centra en la realización de un proceso de atención de enfermería aplicado en una paciente de 26 años de edad intervenida quirúrgicamente por una histerectomía abdominal a causa de un embarazo ectópico cervical, esta paciente presenta cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por sangrado transvaginal en moderada cantidad con presencia de coágulos luego de haber presentado un periodo de 7 semanas de amenorrea, dolor abdominal en hipogastrio de leve intensidad, ecografía transvaginal rastrea la cavidad pélvica por lo que se evidencia la presencia un embarazo ectópico implantado en la región cervical, este procedimiento confirma el diagnóstico por lo que se procede al procedimiento correspondiente para mejorar su condición clínica. El proceso de atención de enfermera sirve de herramienta clave para abordar cada una de las alteraciones presentes en la paciente identificadas a través de la valoración por los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, cada una de estas alteraciones se encasillarán en el diagnóstico realizado por la enfermera, la cual llevará a cabo las intervenciones necesarias para recuperar la integridad de esta paciente.

Palabras Claves: Histerectomía, Embarazo Ectópico, Dolor.

ABSTRACT.

Abdominal hysterectomy is based on a surgical procedure that is very recurrent in the hospital environment today. Among the first causes that can give way to consider this procedure are uterine leiomyoma, uterine fibroma, among others we can also find ectopic pregnancy. Cervical pregnancy is among the less common cases within the types of ectopic pregnancy. The risk that this type of implantation entails, since it is not diagnosed in time, can cause a serious hemorrhagic process.

The development of this study focuses on the realization of a nursing care process applied to a 26-year-old patient who underwent surgery for an abdominal hysterectomy due to a cervical ectopic pregnancy, this patient presents a clinical picture of 3 days of evolution characterized by transvaginal bleeding in moderate quantity with the presence of clots after having presented a period of 7 weeks of amenorrhea, abdominal pain in the hypogastrium of mild intensity, transvaginal ultrasound traces the pelvic cavity, which shows the presence of an ectopic pregnancy implanted in the cervical region, this procedure confirms the diagnosis, so the corresponding procedure is carried out to improve its clinical condition. The nursing care process serves as a key tool to address each of the alterations present in the patient identified through the assessment of the 11 functional patterns of Marjory Gordon, each of these alterations will be classified in the diagnosis made by the patient, which will carry out the necessary interventions to recover the integrity of this patient.

Keywords: Hysterectomy, Ectopic Pregnancy, Pain.

INTRODUCCIÓN.

Este procedimiento quirúrgico que se basa en la extirpación de la matriz o el útero. Se realizará en procesos benignos y se puede realizar a través de una intervención quirúrgica vaginal, laparoscópica o abdominal. Se realiza dentro de todos los ámbitos hospitalarios y se desarrolla por diversas causas, este proceso puede realizarse de manera total o subtotal y pese a su efectividad puede dejar secuelas a futura. La decisión a tomar en consideración este proceso quirúrgico se fundamentará tras la manifestación amplia de un cuadro clínico riesgoso.

El embarazo ectópico cervical año tras año han aumentado sus casos. Su tasa de mortalidad se aproxima en un 2,5 % de los casos, en los países en desarrollo. Con una escala de riesgo 10 veces mayor que un proceso de parto vaginal y hasta 50 veces mayor que un aborto inducido. Los cuidados de enfermería que deben abordar este tipo de procedimientos con el objetivo de minimizar los riesgos después de la cirugía, como evitar el riesgo de infección, disminuir el dolor intenso y otras afecciones que se desarrollan en el proceso. (Suarez Gonzalez, 2017)

El desarrollo de este caso clínico se basa en aplicar el proceso de atención de enfermería una paciente de 26 años intervenida por una histerectomía abdominal por embarazo cervical. El conjunto de actividades que se llevan a cabo se centra en realizar una oportuna valoración del cuadro clínico existente, la planificación de cuidados de enfermería que aborden el diagnóstico establecido, con el fin de recuperar la integridad de la paciente.

I. MARCO TEORICO.

HISTERECTOMÍA.

La histerectomía no es más que la acción quirúrgica de retirar el útero mediante diversas técnicas de acuerdo al nivel de la intervención. Este procedimiento lleva consigo un riesgo de infección postquirúrgico de un 7%.

Este proceso se clasifica según la:

- a) **Vía De Abordaje:** Abdominal, Vaginal O Laparoscópica.
- b) **Conservación De La Resección Uterina:** Total O Parcial.
- c) **Conservación De Los Ovarios:** Se refiere a retirar el útero conservando íntegros los anexos.

En relación al embarazo ectópico la forma en cómo se vaya emplear la histerectomía debe mantener la técnica adecuada para permitir preservar el suelo pélvico, por tanto, la **Histerectomía Abdominal** es una opción beneficiosa, el sentido de conservación uterina dependerá de la complejidad existente en la paciente. (Borja, 2018)

EMBARAZO ECTÓPICO.

El embarazo ectópico se describe al proceso de inserción anómala del cigoto fuera del útero, en mayoría de los casos su implantación ocurre en las trompas de Falopio, y en un porcentaje muy bajo en otras zonas de la cavidad pélvica, el caso del embarazo ectópico cervical en un 0.1%, este se presenta a nivel del orificio interno o por debajo de este. Se encuentra dentro de las causas de muerte más importantes dentro de los primeros 3 meses de gestación, presenta daños colaterales en relación a la reproductividad y fertilidad de la mujer. Pese a los avances médicos existentes no se encuentran vigentes métodos que diagnostiquen de manera precoz este tipo de condiciones clínicas o tratamiento que permite reducir el riesgo de muerte. (Tulandi, 2022)

FISIOPATOLOGÍA.

Un embarazo normal sucede cuando el ovulo fecundado en las trompas de Falopio se implanta dentro del útero. Al presentarse algún tipo de alteración en este proceso como la obstrucción de las trompas ya sea por medios físicos o funcionales, el ovulo al no llegar al útero es cuando se produce el embarazo ectópico. En el embarazo ectópico cervical, como este se menciona es la inserción del cigoto en el cérvix en lugar de la cavidad intrauterina. Esta zona dentro de la cavidad pélvica es un sitio de alto riesgo y representa un peligro de implantación placentaria, debido a que el trofoblasto tiene la capacidad de perforar la pared cervical y/o la irrigación uterina. Por tanto, por el lugar de implantación el embrión tiende a romperse entre las 6 semanas a 15 semanas, el sangrado que provocará presenta dos escenarios: de manera gradual o rápida. A mayor la semana que se presente esta ruptura mayor será el riesgo de sangrado y se puede causar un shock hemorrágico. (Valladares, 2017)

CAUSAS Y FACTORES DE RIEGO.

Entre las posibles causas encontradas asociadas al desarrollo de embarazo ectópico encontramos una clasificación entre factores de alto, medio y bajo riesgo, por lo tanto, encontramos lo siguiente:

- **Alteraciones Hormonales.**

Esto tiene como resultado un déficit en la motilidad tubárica ocasionado una alteración en el crecimiento del cigoto, aumentado su tamaño precozmente antes de llegar a la zona de implantación. Toda esta alteración es debido al desequilibrio en la producción de hormonas como el estrógeno y la progesterona, estos cambios en los niveles hormonales pueden ser ocasionados por agentes anticonceptivos. (Fenandez, 2017)

- **Antecedentes Quirúrgicos.**

Procesos quirúrgicos tales como la apendicectomía o cirugía tubárica causan una alteración las bandas fibrosas en entre los órganos o tejidos en el interior de la cavidad abdominal lo que desarrolla una adherencia peritoneal que da como resultado la reducción de las trompas de Falopio por tanto el transporte del cigoto se encuentra comprometido. (Thompson, 2020)

- **Agentes Físicos Intrauterinos.**

El fallo de los métodos anticonceptivos aumenta el riesgo de desarrollar embarazos ectópicos, dentro de la tasa de probabilidad se presentan 2:100 mujeres por año en el uso del dispositivo intrauterino (DIU), siendo este uno de los métodos con mayor asociación a esta condición clínica. (Kumar, 2017)

- **Tabaquismo.**

Hábitos tóxicos como el consumo del cigarrillo es un factor predisponente en el desarrollo de embarazo ectópico, se mantiene la teoría de que los químicos propios de esta sustancia alteran el transporte del embrión al útero. (Solano, 2017)

- **Infecciones Por Contacto Sexual.**

Estudios han comprobado la asociación de infecciones por Chlamydia trachomatis, la salpingitis provocada por este agente genera una inflamación que estrecha el canal tubárico de las trompas de Falopio, este proceso aumenta la formación de un embarazo ectópico. (Peña, 2019)

- **Inicio De La Actividad Sexual Antes De Los 18 Años.**

El inicio precoz de relaciones sexuales en menores de edad aumenta el riesgo de presentar embarazos ectópicos, el motivo de esta condición en este tipo de casos se debe a la inmadurez de los órganos reproductivos, esta falta de madurez provoca el cigoto no se transporte adecuadamente y se implanta fuera del útero. (Borja, 2018)

- **Edad.**

A mayor edad mayor el riesgo de desarrollar este tipo de afecciones clínicas, el rasgo con mayor probabilidad corresponde entre los 35 a 44 años.

- **Antecedente Previo De Embarazo Ectópico.**

Existen un 10% de probabilidades de volver a desarrollar otra vez esta condición.

EPIDEMIOLOGIA.

El embarazo ectópico se encuentra dentro de un gran problema de salud y considerado una de las importantes causas de muerte materna en los primeros 3 meses de gestación. Es países desarrollados como Estados Unidos se considera un riesgo en potencia 15 veces mayor que un proceso de parto vaginal y hasta 60 veces mayor que un aborto inducido. (Severino, 2018) En el Ecuador se ha logrado evidenciar en los últimos 5 años que dentro de los casos de embarazo ectópico de 100 casos un 25% se encuentran mujeres en edad fértil de 16 a 30 años y que un 7% corresponde a mujeres en una edad de 40 a 45 años. Respecto a los embarazos ectópicos a nivel cervical se registran datos de 1 por cada 2.500 a 100.000 embarazos. (Muriel, 2021)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El cuadro clínico característico de un embarazo ectópico se representa por un triada caracterizada por sangrado transvaginal, dolor pélvico y amenorrea secundaria, este triada también se puede encontrar con otras manifestaciones como dolor abdominal referido, shock hemorrágico, disnea, hipotensión, síncope. (Taran, 2016)

Sólo un tanto por cierto de mujeres (70%) son las que presentan sangrado vaginal. Se menciona también que sólo un cierto grupo de casos presenta signos inespecíficos como sangrado vagina y dolor abdominal, pero esto no es 100% característico de un embarazo ectópico hasta no confirmar el diagnóstico, otro grupo no presenta un cuadro clínico hasta la ruptura del cigoto, esto suele darse a partir de las 6 semanas. (Fields, 2017)

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico precoz de un embarazo ectópico se realiza a través de varios métodos: la identificación de signos y síntomas, exámenes de laboratorio, ecografía transvaginal y los niveles de la gonadotropina coriónica humana. Por lo nos encontramos con lo siguiente:

- **Ecografía Transvaginal.**

Este método diagnóstico ayuda a confirmar la ausencia del saco gestacional o la presencia del saco gestacional fuera de la cavidad uterina, pese a su utilidad diagnóstica este método presenta limitaciones en relación al tamaño localización.

- **Niveles de Gonadotropina Coriónica Humana.**

Este segundo método diagnóstico nos confirma la probabilidad de un embarazo ectópico, en el caso de no existir esta condición y sea un embarazo intrauterino los valores de HCG se duplicarán en un lapso de 48 horas después de cada muestra, a diferencia de un embarazo ectópico estos niveles aumentarán de manera muy lenta debido al tamaño del cigoto. Esta prueba se realizará en un mínimo de 3 veces. Niveles de 3500 UI/L son normales en un embarazo intrauterino, si este valor se mantiene en la siguiente prueba se debe complementar una ecografía transvaginal. Si en el seguimiento los valores de la HCG aumentan de manera leve y no se evidencia ningún crecimiento en la cavidad uterina el diagnóstico de embarazo ectópico se confirma con mayor veracidad. (Viera, 2017)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

La triada inicial de manifestaciones puede asociarse a otro tipo de procesos ginecológicos como el aborto, enfermedades inflamatorias pélvicas, cuerpos lúteos hemorrágicos o quistes ováricos accidentados, ya sea por torsión o rotura, y además presenta similitud con otros procesos pélvicos como la apendicitis. Otras manifestaciones dentro del cuadro clínico también pueden relacionarse a un embarazo normal debido a la poca producción de hormonas involucradas en el proceso gestacional, estas pueden ser náuseas, emesis, polaquiuria con presencia de sensibilidad en las glándulas mamarias. (Cordova, 2018)

TRATAMIENTO.

Dentro del tratamiento tenemos:

Tratamiento Farmacológico.

En esta situación encontramos a una paciente clínicamente estable por lo que se debe considerar el tratamiento con metotrexato. Los parámetros clínicos para iniciar con este tratamiento son los siguientes: embarazo ectópico <8 semanas, ausencia de actividad cardíaca fetal, paciente en condiciones hemodinámicas estables, niveles de HCG <3000 UL/L y un espesor de 2mm entre el miometrio y la vejiga. (Yoder, 2016) La dosis única a administrar es de: Metotrexato, 50 mg/m²/dosis hasta alcanzar una disminución del 15% en los niveles de HCG entre el 4to y 7mo día. (Chen Wu, 2017)

Tratamiento Quirúrgico.

En situaciones donde la paciente se encuentra clínicamente inestable es una situación de alto riesgo que compromete su vida por lo que se requiere un procedimiento quirúrgico de emergencia de carácter urgente, uno de estos procedimientos a llevar a cabo será la histerectomía.

Sin importar cuál sea el tipo de histerectomía a llevar a cabo, este método tiene como objetivo principal tratar directamente el origen del sangrado, la única desventaja de realizar este procedimiento es que no se podrá conservar la fertilidad de la paciente, pero se tiene una mayor probabilidad de conservar la vida de esta. (Borja, 2018)

PREVENCIÓN.

Las medidas preventivas son enfocadas en preservar la fertilidad de la mujer y preservar la salud antes de cualquier embarazo. Por tanto, estas medidas pueden ser educar a las mujeres en edad fértil respecto a planificación familiar para que logren alcanzar un óptimo nivel socio económico. Por otra parte, esto hace que las mujeres lleguen a un nivel de edad donde son más susceptibles a contraer infecciones que pueden afectar su fecundación, por lo que la asesoría pre concepción es importante para reducir el riesgo de desarrollar algún tipo de embarazo extrauterino. Otra forma de prevenir el desarrollo de embarazos ectópicos es evitar los factores de riesgo de la enfermedad inflamatoria pélvica, limitar el número de parejas y reducir el riesgo de contraer cualquier tipo de transmisión sexual utilizando preservativos durante las relaciones sexuales. (Kopp, 2016)

1.1 JUSTIFICACIÓN.

En el Ecuador se reportan pocas cifras estadísticas sobre este tipo de casos y mucho menos el hecho de complicaciones resultantes. Aun así, se observa un gran incremento de casos que resultan en una histerectomía, por lo que los niveles de incidencia son cada vez más altos. Llevar a cabo una histerectomía abdominal tiene finalidad disminuir el dolor y el sangrado transvaginal que se genera por las complicaciones que genera el embarazo ectópico. Posterior a ello también, este procedimiento quirúrgico genera un alto nivel de dolor que afecta la recuperación de la paciente. Así mismo, este tipo de paciente genera miedos e inquietudes en el proceso de recuperación por lo que intervenir en ellos de manera eficaz puede evitar el desarrollo de futuras complicaciones.

El motivo primordial en el desarrollo de este caso clínico, es aplicar los conocimientos adquiridos en la aplicación de un proceso de enfermería. El estar en contacto con el paciente nos permite valorar y reconocer los patrones disfuncionales que puede causar complicaciones postoperatorias a causa de este procedimiento, con la finalidad de recuperar su estado de salud y permitir una óptima recuperación con actividades de enfermería enfocadas en su afección.

1.2 OBJETIVOS.

1.2.1 Objetivo General.

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente de 26 años de edad con diagnóstico de histerectomía abdominal por embarazo cervical.

1.2.2 Objetivos Específicos.

- Valorar la condición de salud de la paciente por medio de los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Aplicar el plan de cuidados de enfermería con histerectomía abdominal.
- Explicar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo del embarazo cervical.

1.3 DATOS GENERALES.

Nombres: Mayra del Pilar.

Apellidos: Peña Peña.

Numero De Historia Clínica: 162393

Fecha y Lugar De Nacimiento: Chimbo - Asunción, 23 de Julio de 1995.

Edad: 26 años.

Grupo Sanguíneo: Rh O+

Sexo: Femenino.

Etnia: Mestizo.

Estado Civil: Soltera.

Número de hijos: 2 hijos vivos / 2 hijos muertos.

Nivel De Estudio: Educación Básica Superior.

Ocupación: Ama de Casa, Quehaceres Domésticos.

Dirección: Calle Alfredo González y Vinicio Noboa, Barrio Santa Rosa, Caluma, Bolívar.

Fecha De Ingreso: miércoles, 18 de mayo del 2022.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

2.1.1 Antecedentes.

Antecedentes Patológicos Personales.

No posee ningún tipo de enfermedad actualmente. No refiere ningún tipo de alergia. Hábitos tóxicos: bebe y fuma ocasionalmente.

Antecedentes Quirúrgicos.

Colecistectomía a los 20 años, sin ninguna complicación.

Legrado a los 22 años por aborto incompleto, sin ninguna complicación.

Antecedentes Patológicos Familiares.

Madre hipertensa – Padre presenta discapacidad auditiva al 70%.

Antecedentes Gineco – Obstétricos.

Paciente refiere inicio de menarquia a los 12 años e inicio de vida sexual a los 14 años. No usa ningún tipo de método anticonceptivo. Gestas: 4. Partos: 2. Abortos: 1. Hijos Vivos: 2 Muertos: 2. FUM: 14 de marzo del 2022.

2.1.2 Motivo de Consulta.

Paciente refiere sangrado transvaginal desde hace 3 días con presencia de coágulos en moderada cantidad, acompañado de dolor abdominal en hipogastrio de leve intensidad.

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE AL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL. (ANAMNESIS)

Paciente de sexo femenina de 26 años de edad con un embarazo de 7 semanas ingresa por el área de emergencia por presentar cuadro clínico inicial caracterizado por sangrado transvaginal desde hace 3 días con presencia de coágulos en moderada cantidad, acompañado de dolor abdominal en hipogastrio de leve intensidad. Se realiza control de constantes vitales, estas se encuentran dentro de los parámetros normales. Se realiza manejo del dolor con medicación prescrita por el medio.

Paciente refiere un retraso menstrual desde hace 7 semanas, y además menciona haber presentado un aborto hace 4 años atrás. Especulocopia evidencia sangrado activo Rastreo ecográfico observa saco gestacional de implantación baja en zona cervical, motivo por el cual se realiza intervención quirúrgica correspondiente (Histerectomía Abdominal Total) de carácter urgente.

En los hallazgos quirúrgicos se detallan aspectos tales como: útero intrapelvico, implantación ectópica en zona cervical con posible compromiso vesical y sangrado de +/- 600 ml, procedimiento quirúrgico sin ninguna complicación. Paciente en sala de Ginecología refiere dolor en zona de herida quirúrgica (EVA 7), limitación en la movilidad y estado animo negativo tras el procedimiento quirúrgico realizado.

Prescripciones medicas indican tratamiento farmacológico (Antibioticoterapia + Analgesia), medidas de soporte hemodinámico, transfusión de hemoderivados y cuidados generales.

2.3 EXAMEN FISICO. (EXPLORACIÓN FÍSICA)

Signos Vitales.

- **Presión arterial:** 110/70 mmHg.
- **Frecuencia cardiaca:** 90 latidos por minutos.
- **Frecuencia respiratoria:** 20 respiraciones por minuto.
- **Temperatura:** 36.6 °C.
- **SpO2:** 94%.

Medidas antropométricas:

- **Peso:** 54 kg.
- **Talla:** 1.60 m.
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** 21.1 – Peso Adecuado.

Valoración Céfalo Caudal.

Piel: Pálida, turgencia conservada.

Cabeza: Normocefalica, cabello bien implantado, sin presencia de alteraciones.

Cara: Facies pálidas, sin alteraciones.

Ojos: Simétricos, reactivos a la luz.

Orejas: Sin alteraciones, simétricas.

Nariz: Simétrica. Fosas nasales permeables.

Boca: Mucosas orales semihúmedas.

Cuello: Móvil y simétrico.

Tórax: Pulmones ventilados, ruidos cardiacos de acuerdo con el pulso, Glándulas mamarias sin patologías.

Abdomen: Blando, depresible al tacto, doloroso en zona de herida quirúrgica sin inflamación. Herida con apósitos secos.

Genitales: Ausencia de sagrado con sonda vesical, permeable a la orina.

Extremidades: Simétricas, móviles, sin edemas. Tono y fuerza conservadas. Pulsos distales presentes. Mantiene en extremidad derecha vía periférica, permeable.

Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

1. Patrón Percepción - Manejo de la salud.

Paciente en sala de ginecología en proceso de recuperación postquirúrgico de una Histerectomía Abdominal por Embarazo Ectópico Cervical, reconoce su estado de salud y espera un optima recuperación.

2. Patrón Nutricional Metabólico.

Paciente en NPO. Peso: 54 kg. Talla: 1.60 metros. IMC: 21.1, esto representa un peso adecuado en relación edad/peso/talla. Presencia de vía periférica con soporte hemodinámico (Hidratación). Hemoglobina: 7.8 g/dl y Hematocrito: 22.9 perdida sanguínea (+/-600ml) en proceso quirúrgico.

3. Patrón Eliminación.

Sangrado vaginal leve. Diuresis espontanea presente en leve cantidad a través de sonda vesical, una eliminación intestinal presente.

4. Patrón Actividad – Ejercicio.

Reposo absoluto. Constantes vitales - Presión arterial: 110/70 mmHg. Frecuencia cardiaca: 90 latidos por minutos. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto. SpO2: 94% al ambiente. Ventilación espontanea.

5. Patrón Sueño – Descanso.

No lograr conciliar el sueño en periodos prolongados por el dolor presentado.

6. Patrón Cognitivo – Perceptivo.

Refiere dolor en herida quirúrgica (EVA 7/10). Consciente en tiempo, espacio y persona.

7. Patrón Auto percepción – Autoconcepto.

Paciente refiere sentir tristeza por la extirpación de su útero, teme no sentirse una mujer normal.

8. Patrón Rol – Relaciones.

Núcleo familiar conformado por su esposo y sus 2 hijos. Mantienen una relación aceptable entre todos los miembros.

9. Patrón Sexualidad – Reproducción.

Activa sexualmente. Paciente refiere inicio de menarquia a los 12 años e inicio de vida sexual a los 14 años. No usa ningún tipo de método anticonceptivo. Gestas: 3. Partos: 2. Abortos: 1. Hijos Vivos: 2 FUM: 14 de marzo del 2022.

10. Patrón Tolerancia al Estrés.

Paciente se muestra inquieta ante la situación que está cursando en su situación actual.

11. Patrón Valores y Creencias.

Núcleo familiar católico.

Patrones Alterados:

1. Patrón 2: Nutricional Metabólico.

2. **Patrón 6:** Cognitivo – Perceptivo.

3. **Patrón 7:** Autopercepción – Autoconcepto.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

BIOMETRIA.	Resultados.	Unidad Factor	Valores Referenciales.
Glóbulos Blancos	8.31	10 ³ /UL	4.50 – 11.00
Glóbulos Rojos	2.60	10 ⁶ /UL	4.50 – 5.00
Hemoglobina	7.8	g/dl	12.0 – 16.0
Hematocrito	22.9	%	37 - 54
Vol. Corp. Medio	88.1	fL	80.0 – 100.0
Hemo. Corp. Medio	30.0	pg	27.0 – 32.0
Conc. Hgb. Corp. Medio	34.1	g/dl	31.0 – 37.0
Plaquetas	180.000	10 ³ /UL	150 - 450
FORMA LEUCOCITARIA.			
Neutrófilo.	60	%	50.0 – 73.0
Linfocito.	30	%	30.0 – 38.0
Monocito.	7	%	0.0 – 12.0
Eosinófilo.	3	%	0.0 – 3.0

- El análisis de este examen de laboratorio da como evidencia una Anemia Por Deficiencia De Hierro Secundaria A Pérdida De Sangre.

Ecografía Transvaginal.

Se rastrea cavidad pélvica por vía transvaginal encontrando los siguientes hallazgos:

- Gestantes, aumentado de tamaño, contornos irregulares, saco gestacional presente con dimensiones 2.4 cm de apropiadamente 6.6 semanas sin visualizar estructuras embrionarias en su interior implantado a nivel cervical.

2.5 FORMULACION DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO.

Diagnóstico presuntivo.

Torsión Ovárica.

Diagnóstico diferencial.

El cuadro clínico inicial puede asociarse a afecciones tales como: Aborto Espontaneo, Enfermedad Pélvica Inflamatoria.

Diagnóstico definitivo.

Embarazo Ectópico Cervical. La confirmación de este diagnóstico es por medio de la ecografía transvaginal.

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

La valoración por patrones funcionales en la Teoría de Marjory Gordon permitió identificar las alteraciones existentes manifestada por:

Patrón Nutricional Metabólico. Hemoglobina: 7.8 g/dl y Hematocrito: 22.9 perdida sanguínea (+/-600ml) en proceso quirúrgico.

Patrón Cognitivo – Perceptivo. Refiere dolor en herida quirúrgica (EVA 7/10).

Patrón Auto percepción – Autoconcepto. Paciente refiere sentir tristeza por la extirpación de su útero, teme no sentirse una mujer normal.

PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Soporte Hemodinámico.

- CLORURO DE SODIO 0.9%, pasar IV a 100 ml/h.

Transfusión de Hemoderivados.

- 3 CONCENTRADOS DE GLOBULOS ROJOS, 273 ml, Rh O+, pasar IV en 35 a 50 minutos por cada CGR.
- 2 PLASMA FRESCOS CONGELADOS, 186 ml, pasar en 35 m a 45 minutos por cada paquete de PFC.

Antibióticos.

- CLINDAMICINA, 900 mg, IV, cada 8 horas.
- CEFTRIAXONA, 1 gr, IV, Cada 12 horas.

Analgésicos.

- KETOROLACO, 30 mg, IV, cada 8 horas.
- TRAMADOL, 100 mg, IV, cada 12 horas.

Antiemético.

- METOCLOPRAMIDA, 10 mg, IV cada 12 horas.

Antifibrinolítico.

- ACIDO TRANEXÁMICO, 500 mg, IV, cada 8 horas.

INDICACIONES.

- NPO, luego Dieta Blanda.
- Control de Score Mama cada 15 minutos por 2 horas, luego cada 4 horas.
- Control de sagrado vaginal.
- Administración de medicación bajo los 10 correctos.
- Mantener permeable vía periférica.
- Control de Ingesta y Excreta.
- Mantener medidas de confort.
- Reportar signos de alarma.

NANDA: (00132)
NOC: (2102)
NIC: (1400)

Dominio: 12. Confort.
Clase: 1. Confort Físico.
Dx: Dolor Agudo. (00132)

R/C: Histerectomía Abdominal.

E/P: Dolor en zona de herida quirúrgica, EVA 7/10.

M
E
T
A
S

Dominio: 5. Salud Percibida.

Clase: (V) Sintomatología.

Etiqueta: Nivel del Dolor. (2102)

Campo: 1. Fisiológico Básico.

Etiqueta: (E) Fomento de la Comodidad Física.

Clase: Manejo del Dolor. (1400)

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

ESCALA DE LIKERT.

INDICADORES.	1	2	3	4	5
Duración de los episodios del dolor.		X		X	
Expresiones fáciles del dolor.			X		X
Inquietud.			X		X
Agitación.		X		X	
Muecas del dolor.		X		X	

ACTIVIDADES.

1. Valorar nivel del dolor con escala de EVA.
2. Monitorización de signos vitales.
3. Administración de medicamentos según los protocolos establecidos.
4. Control de heridas quirúrgicas y apósitos.
5. Educar al paciente con terapia afectiva/emocional.
6. Interconsulta de obstetricia.

NANDA: (00205)
NOC: (0413)
NIC: (4020)

Dominio: 11. Seguridad/Protección.

Clase: 2. Respuestas Lesión Física

Dx: Riesgo de Shock. (00205)

R/C: Perdida Grave de Sangre (Hipovolemia)

Dominio: 2. Salud Fisiológica.

Clase: (E) Cardiopulmonar.

Etiqueta: Severidad de Perdida de Sangre.
(0413)

Campo: 2. Fisiológica Complejo.

Etiqueta: (N) Control de la Perfusión Tisular.

Clase: Disminución de la Hemorragia. (4020)

ESCALA DE LIKERT.

INDICADORES.	1	2	3	4	5
Sangrado Vaginal.		X			X
Facie Pálida.			X		X
Ansiedad.			X		X
Mareo.			X		X

ACTIVIDADES.

1. Monitorización de constantes vitales.
2. Controlar el sangrado transvaginal.
3. Control de balance hidroelectrolítico.
4. Mantener una vía periférica permeable y administración de medicamentos.
5. Transfundir hemoderivados: Concentrado de Glóbulos Rojos (CGR) y/o Plasma Fresco Congelado (PFC)
6. Vigilar los signos de Alarma.

M
E
T
A
S

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

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

La teoría seleccionada para el desarrollo de este caso clínico es el modelo de Dorothea Orem, esta teorizante se refiere al déficit de autocuidado que el individuo tiene hacia su persona, por tanto, este modelo sostiene la ideología de la importancia que tiene el autocuidado en la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano. Por tanto, se puede, como medida de prevención, fomentar el autocuidado en las mujeres de edad fértil para disminuir el desarrollo de embarazos ectópicos y reducir el riesgo a llevar a cabo intervenciones que comprometan un órgano reproductor como lo es el útero al ser intervenidas por una histerectomía, esta fomentación de actitudes son prioridad en la atención de primer nivel.

Por otro lado, todo procedimiento quirúrgico lleva consigo secuelas de alto nivel que puede afectar el confort y la óptima recuperación de un paciente. Kopalca, en su teorizante rescata 3 fundamentos indispensables en el confort del usuario o paciente: alivio, tranquilidad y trascendencia. Esta teoría sostiene la ideología en que las acciones de confort complementan la asistencia clínica con el fin de satisfacer las necesidades humanas básicas. Por tanto, el manejo del dolor es primordial en la atención del paciente, mejorar esta condición permite que este se adapte con mayor flexibilidad a los procesos por los que debe ser intervenido y a su vez tener una mejor tolerancia al estrés. El uso adecuado de analgésicos y medidas postulares que mejoren en confort son ideales para la recuperación de la paciente.

2.8 SEGUIMIENTO.

Día 1. 18 de mayo del 2022.

Paciente de sexo femenina de 26 años de edad ingresa por el área de emergencia por presentar cuadro clínico inicial caracterizado por sangrado transvaginal desde hace 3 días con presencia de coágulos en moderada cantidad, acompañado de dolor abdominal en hipogastrio de leve intensidad. Se realiza control de constantes vitales, estas se encuentran dentro de los parámetros normales. Se realiza manejo del dolor con medicación prescrita por el medio. Paciente refiere un retraso menstrual desde hace 7 semanas, y además menciona haber presentado un aborto hace 4 años atrás. Especulocopia evidencia sangrado activo Rastreo ecográfico observa saco gestacional de implantación baja en zona cervical, motivo por el cual se realiza intervención quirúrgica correspondiente (Histerectomía Abdominal Total) de carácter urgente.

En los hallazgos quirúrgicos se detallan aspectos tales como: útero intrapelvico, implantación ectópica en zona cervical con posible compromiso vesical y sangrado de +/- 600 ml, procedimiento quirúrgico sin ninguna complicación. Paciente en sala de Ginecología refiere dolor en zona de herida quirúrgica (EVA 7), limitación en la movilidad y estado animo negativo tras el procedimiento quirúrgico realizado. Ingresa a Unidad de Recuperación Post Anestésicos (URPA) para posteriormente ser ingresado al área de ginecología. En NPO. Cuidados de sonda vesical. Se monitorean las constantes vitales y se administra el tratamiento farmacológico indicado. Soporte hemodinámico a través de vía periférica con Cloruro de Sodio 0.9% a 100 ml/h. Transfusión de componentes sanguíneos, con control de signos vitales, antes, durante y después cada paquete globular. Vigilar signos de alarma.

Día 2. 19 de mayo del 2022.

Paciente en área de ginecología post operatoria de histerectomía abdominal por embarazo ectópico cervical. Paciente refiere dolor en una quirúrgica. Cumple con el tratamiento farmacológico (Antibióticos y Analgesia) a través de protocolos establecidos. Se realiza ducha vaginal. Se registran constantes vitales, se mantienen medidas de confort. Apósitos limpios en herida quirúrgica. Diuresis espontanea. Vía periférica permeable. Paciente evoluciona de manera favorable.

Día 3. 20 de abril del 2022.

Paciente post operatorio de histerectomía abdominal, evoluciona considerablemente, maneja el dolor exitosamente con analgésicos. Medico indica alta + indicaciones por lo que brinda asesoría para manejar de herida quirúrgica para evitar complicaciones y se explican signos de alarma. Se prescribe tratamiento farmacológico: Cefalexina 500mg, VO, cada 6 horas por 7 días – Clindamicina, 300 mg, VO, cada 8 horas por 7 días. Paracetamol 500mg, VO, cada 8 horas por 3 días - Ibuprofeno 400mg, VO, cada 8 horas por 3 días. Referencia inversa al C.S Caluma

2.9 OBSERVACIONES.

Mujer de 26 años con diagnóstico de embrazo ectópico con implantación cervical, es intervenida en una histerectomía abdominal y se brindó cuidado de enfermería en el área de ginecología con el fin de recuperar su integridad y estado de salud, Paciente con evolución favorable durante sus días de estancia hospitalaria, logró alcanzar optimas medidas de confort y se disminuyó el riesgo de contraer algún tipo de infección en la herida quirúrgica. Sin presencia de complicaciones, ni evidencias de descompensación clínica. Hemodinamicamente estable dentro de los criterios para el alta médica, el personal de enfermería en conjunto con el personal médico combinó maniobras de cuidado y preservación de la paciente para que logre alcanzar altos estándares en niveles de recuperación y puede volver a sus actividades diarias.

CONCLUSIONES.

Aplicó un proceso atención de enfermería en una paciente diagnosticada con embarazo ectópico de implantación cervical intervenida quirúrgicamente en una histerectomía abdominal.

Se realizó una valoración correcta por medio de los patrones funcionales de Marjory Gordon lograron, este medio permitió, encontrar las alteraciones que afectan la integridad de la paciente, estas alteraciones fueron el dolor manifestado por la herida quirúrgica que afecta el confort de la paciente y el sangrado que pone en riesgo a desarrollar un tipo de shock hipovolémico, por otro lado tenemos en baja autoestima en la paciente que se manifiesta con signos de desesperanza al pensar que no va a ser la misma mujer de antes.

Un correcto plan de cuidados de enfermería, al establecerlo puede permitir mejorar el diagnóstico actual de la paciente y esta información pertinente se puede manifestar a la misma para que tenga un mejor autocuidado y lograr una óptima recuperación

Conocer los factores de riesgo en este tipo de afecciones es importante para conocer cómo se desarrollan por tanto se puede suponer que un inicio temprano de la actividad sexual y los cambios hormonales brusco pueden ser participe al desarrollo de embarazo ectópicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Borja, P. (1 de Mayo de 2018). Histerectomía abdominal total por embarazo ectópico cervical. - Factores de Riesgo. *Repositorio Universidad Técnica de Ambato*, 18 - 20. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/27949>

Chen Wu, X. (Mayo de 2017). METOTREXATE EN EMBARAZO ECTOPICO. *Revista Médica Sinergia.*, 19 - 23. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms175d.pdf>

Cordova, C. (26 de Abril de 2018). Factores causales de embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva en el Hospital General Guasmo Sur y en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el periodo de junio del 2016 hasta enero del 2018. *Repositorio Digital UCSG - Trabajos de Titulación - Carrera de Medicina.*, 7 - 8. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/10558>

Fenandez, C. (Noviembre de 2017). The ectopic pregnancy is increasing at world level. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.*, 84 - 99. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n1/gin11111.pdf>

Fields, L. (Marzo de 2017). Key Concepts in Pregnancy of Unknown Location: Identifying Ectopic Pregnancy and Providing Patient-Centered Care. *PubMed.gov - National Library of Medicine.*, 172 - 179. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27779816/>

Garcia, M. (01 de Abril de 2019). Histerectomía vaginal. Apuntes históricos. *Gaceta Médica Espirituana, Scielo.* Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Kopp, H. (20 de Septiembre de 2016). Prevention of unintended pregnancy and use of contraception-important factors for preconception care. *PubMed.gov - National Library of Medicine*, 252 - 255. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27646655/>

Kumar, N. (01 de Marzo de 2017). Cervical Pregnancy Masquerading as an Incomplete Abortion- A Learning Lesson. *Pub Med.gov - National Library of Medicine.*, 11. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28511461/>

Muriel, M. (03 de Diciembre de 2021). Embarazo ectópico cervical, manejo conservador. Reporte de caso clínico. *MEDICIENCIAS UTA. Revista Universitaria con proyección científica, académica y social.*, 11 -16. Obtenido de <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1558/1309>

Peña, A. (25 de Junio de 2019). Daños y consecuencias de Chlamydia trachomatis en mujeres infértiles. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 45. Obtenido de <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/449/378>

Severino, P. (21 de Agosto de 2018). Proceso de atención de enfermería en pacientes con embarazo ectópico. *Machala : Universidad Técnica de Machala*. Obtenido de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13183>

Taran, F.-A. (09 de Octubre de 2016). The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. *PubMed.gov - National Library of Medicine*, 693 - 703. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26554319/>

Thompson, A. (2 de Octubre de 2020). Fluid and pharmacological agents for adhesion prevention after gynaecological surgery. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. Obtenido de https://www.cochrane.org/es/CD001298/MENSTR_uso-de-liquidos-y-agentes-farmacologicos-farmacos-para-prevenir-la-formacion-de-adherencias-tejido

Tulandi, T. (03 de Junio de 2022). Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites. *Uptodate*. Obtenido de <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites#H30>

Valladares, B. (24 de Septiembre de 2017). Embarazo Cervical: Reporte de Caso Revision Bibliografica. *It Medical - Archivos de Medicina*. Obtenido de <https://www.itmedicalteam.pl/articles/embarazo-cervical-reporte-de-caso-revision-bibliografica-103357.html>

Viera, M. (22 de Diciembre de 2017). Embarazo ectópico cervical. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.*, 43 (3). Obtenido de <http://revginacobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/241/187>

ANEXOS.



Fotografía 1: Se realiza una Histerectomía Abdominal, procedimiento quirúrgico para abordar el diagnóstico presente.

Fotografía 2: Se administra la medicación prescrita.

Curiginal

Document Information

Analyzed document	MULLO CALUÑA GUISELA MAGALY.docx (D142094036)
Submitted	2022-07-15 22:39:00
Submitted by	
Submitter email	loterot@utb.edu.ec
Similarity	3%
Analysis address	loterot.utb@analysis.urkund.com



Escanea el código QR
LIDICE LORENA OTERO

LCDA. LORENA OTERO TOBAR
DOCENTE TUTORA