



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería**

**TEMA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO ROTO.**

**AUTORA**

Rodríguez Márquez Nohely Patricia

**TUTORA**

Lic. Iliana Ivette Márquez Jiménez, Mgs.

**Babahoyo – Los Ríos –Ecuador**

**2024**

## **AGRADECIMIENTO**

El agradecimiento primordial se dirige a Dios, quien ha guiado mi camino y me ha otorgado la fortaleza necesaria para perseverar.

Expreso mi profundo agradecimiento a mi familia por su inquebrantable comprensión, estímulo constante y apoyo incondicional durante el transcurso de mis estudios. También agradezco a todas aquellas personas que, de diversas maneras, brindaron su respaldo en la ejecución de este trabajo académico.

## DEDICATORIA

Con profundo cariño y agradecimiento, dedico este trabajo a mi familia, cuyo amor incondicional ha sido mi mayor fuente de inspiración y sostén a lo largo de esta travesía académica. A mis padres, quienes me han inculcado valores de perseverancia y dedicación, y a mis hermanos, cuyo constante estímulo ha sido un faro luminoso en los momentos desafiantes. Su apoyo ha sido el cimiento sobre el cual se ha erigido cada logro, y este trabajo no sería posible sin su presencia alentadora.

Asimismo, dedico este esfuerzo a mis mentores y amigos, cuyas enseñanzas y aliento han dejado una huella imborrable en mi desarrollo profesional y personal. Agradezco sus sabios consejos, sus críticas constructivas y la camaradería que hemos compartido. Este logro no solo es mío, sino también de aquellos que han compartido este viaje conmigo. A todos, les dedico con gratitud este trabajo como testimonio de los lazos que hemos tejido y de las lecciones valiosas que he aprendido a lo largo de esta travesía.

## APROBACIÓN DEL TUTOR

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

Babahoyo, 20 de febrero del 2024

Lcda. Marilú Hinojosa Guerrero, MSc.  
**COORDINADORA DE TITULACIÓN CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
Presente.

De mi Consideración:

Por medio de la presente, Yo **NOHELY PATRICIA RODRÍGUEZ MÁRQUEZ**, con **C.I. 1207481589**, Estudiante egresada de la carrera de **Enfermería** de la Malla Rediseño de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la propuesta del TEMA del Caso Clínico: **PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO ROTO**, el mismo que fue aprobado por el **DOCENTE TUTOR: LIC. ILIANA IVETTE MÁRQUEZ JIMÉNEZ, MGS.**

Esperando que mi petición tenga la acogida favorable, anticipa mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

NOHELY RODRIGUEZ H.

**Nohely Patricia Rodríguez Márquez**  
**ESTUDIANTE EGRESADO**  
**CI. 1207481589**



Firmado digitalmente por:  
**ILIANA IVETTE**  
**MARQUEZ**  
**JIMENEZ**

**Lic. Iliana Ivette Márquez Jimenéz, Mgs**  
**DOCENTE TUTOR**  
**CI. 0940124902**



**TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE  
EMBARAZO ECTÓPICO ROTO.

## RESUMEN

El presente estudio aborda el caso de una paciente gestante con diagnóstico de embarazo ectópico roto, centrándose en la aplicación del proceso de atención de enfermería para mejorar su condición. Se llevó a cabo un seguimiento exhaustivo del caso, incluyendo la recopilación de información de la historia clínica y una revisión bibliográfica para respaldar el enfoque teórico. Tras la implementación del proceso de atención de enfermería, se observaron resultados positivos en el pronóstico de la paciente, evidenciando la eficacia y oportunidad de las intervenciones realizadas. La resolución exitosa del caso se logró gracias a la colaboración entre el tratamiento médico y las intervenciones de enfermería. Este estudio proporciona una valiosa contribución al conocimiento teórico y práctico en el manejo de embarazos ectópicos en el ámbito de la atención de enfermería.

Al considerar los patrones funcionales de enfermería, se identificó un cambio notable tanto en la función de eliminación como en la función de movilidad como resultado del intenso malestar abdominal, lo que indica la necesidad de un enfoque multidimensional de los cuidados de enfermería. Esta observación enfatiza la importancia de abordar los requisitos físicos, emocionales y psicológicos de los pacientes que experimentan una ruptura de un embarazo ectópico.

**Palabras Claves:** Embarazo ectópico, atención de enfermería, diagnóstico, intervenciones.

## ABSTRACT

The present study addresses the case of a pregnant patient with a diagnosis of ruptured ectopic pregnancy, focusing on the application of the nursing care process to improve her condition. An exhaustive follow-up of the case was carried out, including collection of information from the clinical history and bibliographic review to support the theoretical approach. After the implementation of the nursing care process, positive results were observed in the patient's prognosis, evidencing the effectiveness and timeliness of the interventions carried out. The successful resolution of the case was achieved thanks to the collaboration between medical treatment and nursing interventions. This study provides a valuable contribution to theoretical and practical knowledge in the management of ectopic pregnancies in the field of nursing care.

When considering nursing functional patterns, a notable change in both elimination function and mobility function was identified as a result of severe abdominal discomfort, indicating the need for a multidimensional approach to nursing care. This observation emphasizes the importance of addressing the physical, emotional, and psychological requirements of patients experiencing rupture of an ectopic pregnancy.

**Keywords:** Ectopic pregnancy, nursing care, diagnosis, interventions.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	I
DEDICATORIA .....	II
RESUMEN .....	VI
ABSTRACT .....	VII
INTRODUCCIÓN .....	1
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Datos Generales Del Paciente .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1.1. Motivo de Consulta.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1.2. Antecedentes Personales Del Paciente.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....</b>	<b>4</b>
<b>1.2.1. Examen físico (exploración clínica).....</b>	<b>5</b>
<b>1.3. Examen Ginecológico.....</b>	<b>6</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1. Objetivo General.....</b>	<b>8</b>
<b>3.2. Objetivos Específicos .....</b>	<b>8</b>
<b>4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>5. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>10</b>
<b>5.1. Definición e incidencia .....</b>	<b>10</b>
<b>5.2. Etiopatogenia .....</b>	<b>10</b>
<b>5.3. Localización .....</b>	<b>11</b>
<b>5.4. Manifestaciones clínicas.....</b>	<b>11</b>
<b>5.5. Factores de riesgo.....</b>	<b>12</b>
<b>5.6. Diagnóstico.....</b>	<b>13</b>
<b>5.7. Ecografía.....</b>	<b>13</b>
<b>5.8. Exploración clínica .....</b>	<b>15</b>
<b>5.9. Otros procedimientos .....</b>	<b>15</b>
<b>5.10. Tratamiento .....</b>	<b>16</b>
<b>5.11. Tratamiento quirúrgico .....</b>	<b>16</b>

5.12.	Tratamiento médico con metotrexato .....	18
5.13.	Actitud expectante .....	19
6.	MARCO METODOLÓGICO .....	21
6.1.	Metodología.....	21
6.2.	Valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Marjory Gordon .....	21
6.3.	Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.....	23
6.4.	Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar .....	24
6.5.	Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	33
7.	RESULTADOS.....	34
7.1.	Seguimiento .....	34
7.2.	Observaciones .....	35
8.	Discusión de Resultados .....	36
9.	CONCLUSIONES .....	38
10.	RECOMENDACIONES .....	39
11.	BIBLIOGRAFÍA .....	40
12.	ANEXO.....	42

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

El desarrollo del trabajo se estructura en capítulos, abordando la problemática, estableciendo los objetivos, presentando un marco teórico-científico, aplicando el proceso de atención de enfermería y analizando los resultados obtenidos.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Datos Generales Del Paciente

*Tabla 1. Datos del Paciente.*

<b>Nombres y Apellidos</b>	xxxxxx
<b>Número de historia clínica</b>	xxxxxx
<b>Edad</b>	24 años
<b>Sexo</b>	Femenino
<b>Lugar de nacimiento</b>	Guayaquil
<b>Fecha de nacimiento</b>	3/03/2000
<b>Etnia</b>	Mestizo
<b>Estado civil</b>	Unión Libre
<b>Lugar de residencia</b>	Sauces 6
<b>Nivel de estudios</b>	Bachillerato
<b>Ocupación</b>	Ama de casa
<b>Nivel sociocultural/económico</b>	Bajo
<b>Grupo sanguíneo</b>	A+
<b>Religión</b>	Católica
<b>Diagnóstico definitivo</b>	Embarazo Ectópico Roto

#### 1.1.1. Motivo de Consulta

Paciente femenino de 24 años de edad, quien acude a consulta médica acompañada de su esposo presentando síntomas sugestivos de un posible embarazo ectópico roto. Los síntomas que motivan la consulta son la falta de menstruación, sangrado vaginal, fiebre y dolor abdominal pélvico.

La consulta revela que la paciente ha experimentado una falta de menstruación, lo que sugiere un posible embarazo, junto con la presencia de sangrado vaginal, fiebre y dolor abdominal pélvico, signos clásicos de un embarazo

ectópico roto. Los antecedentes médicos personales muestran un historial previo de enfermedad pélvica inflamatoria, lo que aumenta el riesgo de complicaciones ginecológicas. Además, la paciente ha sido sometida a una cesárea previa, lo que podría aumentar el riesgo de embarazo ectópico.

### 1.1.2. Antecedentes Personales Del Paciente

*Tabla 2. Antecedentes Clínicos del Paciente.*

Antecedentes quirúrgicos	Apendicitis
Antecedentes alérgicos	Diclofenaco
Contraindicaciones	AINES
Antecedentes patológicos familiares	Padre: No refiere Madre: No refiere
Antecedentes ginecológicos	Menarquia: 11 años Ciclos menstruales: Irregulares Inicio de vida sexual: 18 años Partos: 1 Aborto: 0 ITS: No refiere
Hábitos diarios	Horas de sueño: 8h durante la noche Alimentación: 5 comidas diarias Líquidos: 8 vasos diarios de agua Micciones: 6 – 8 veces al día N° de deposiciones: 3 veces al día Consumo de sustancias ilícitas: Negativo

## **1.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).**

Mujer de 24 años de edad, con historial médico que incluye rinitis alérgica, asma bronquial y una infección pélvica inflamatoria hace medio año. Ha estado sexualmente activa sin emplear métodos anticonceptivos y presenta un retraso menstrual de aproximadamente ocho semanas según la fecha de su última menstruación conocida.

Acude a la sala de emergencias gineco-obstétrica debido a un cuadro clínico que ha durado seis horas. Presenta dolor abdominal tipo cólico en la región del bajo vientre, con una intensidad de 10/10, que comenzó de forma brusca y ha ido empeorando con el tiempo. Aunque inicialmente se trató con ketorolaco de 60 mg por vía intramuscular, no experimentó un alivio significativo.

El cuadro clínico se caracteriza por un sangrado vaginal profuso, con la presencia de coágulos sanguíneos, de color rojo brillante, con la misma duración de seis horas.

Debido a esta situación, la paciente inicialmente consultó a una partera privada, quien determinó que la paciente necesitaba atención en un centro de salud de mayor capacidad, razón por la cual fue remitida a esta institución médica.

Cuando fue admitida, la paciente aún sufría de sus síntomas, presentando claros signos de cansancio y malestar, lo que resultó en la necesidad de hospitalizarla de inmediato y someterla a una evaluación urgente por parte del servicio de ginecología.

### **1.2.1. Examen físico (exploración clínica).**

Se trata de una paciente joven, de sexo femenino, en edad fértil, quien se encuentra en la unidad de emergencias ginecológicas. Se observa que adopta una postura de alivio, con las piernas flexionadas hacia el tórax, en respuesta al dolor. Su piel y mucosas muestran adecuada hidratación y no presentan cambios de coloración. La paciente exhibe signos de malestar en su rostro, con una estructura corporal dentro de los rangos normales y un estado nutricional adecuado. Mantiene un nivel de conciencia alerta y plena, con una puntuación en la Escala de Glasgow de 10/10. La respiración es normal, sin indicios de dificultad respiratoria, y su sistema cardiovascular parece estar funcionando de manera adecuada.

Al realizar la inspección, se observa lo siguiente: la cabeza tiene un tamaño y forma normales, con una implantación de cabello adecuada y sin deformidades en los pabellones auriculares. La expresión facial muestra signos de dolor. Las mucosas de la boca están bien hidratadas y no hay cambios en el color de las conjuntivas. El cuello es simétrico y no se detectan masas ni pulsaciones anormales. El tórax es simétrico y se nota una buena expansión de la caja torácica al respirar. El abdomen no presenta anomalías visibles. Las extremidades son simétricas y tienen movilidad adecuada.

Durante la palpación, no se encuentran anomalías en el cráneo ni en la cara. En el cuello, no se detectan masas ni ganglios linfáticos inflamados. En el tórax, se conserva la expansión simétrica de ambos hemitórax, y se nota un frémito palpable normal. Se percibe el choque de la punta del corazón en la región infra mamilar

izquierda. El abdomen se encuentra tenso, con poca capacidad de compresión, y presenta dolor intenso tanto en la palpación superficial como en la profunda, especialmente en la región hipogástrica, además de signos de irritación peritoneal y defensa muscular. No se observan anomalías en las extremidades.

Durante la percusión, no se observan cambios significativos en el tórax. Sin embargo, la valoración del abdomen se ve limitada debido al dolor reportado por la paciente.

Al auscultar, se detecta un murmullo vesicular normal en el tórax, sin alteraciones en los sonidos cardíacos, que se presentan rítmicos y sin soplos. En el abdomen, se encuentran ausentes los ruidos hidroaéreos.

Al momento de su ingreso, se registran los siguientes signos vitales:

- ❖ Presión arterial: 90/60 mmHg
- ❖ Temperatura corporal: 36.5 grados Celsius
- ❖ Pulso: 110 latidos por minuto
- ❖ Frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto
- ❖ Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto
- ❖ Saturación de oxígeno: 98%, sin requerir oxígeno adicional

### **1.3. Examen Ginecológico:**

Se evidencia sangrado vaginal acompañado de coágulos. Durante el examen vaginal, se palpa el cuello del útero en posición central, el cual se encuentra suave y con apertura adecuada.

## 2. JUSTIFICACIÓN

A través de la elaboración del siguiente estudio de caso en paciente femenino con diagnóstico de embarazo ectópico roto, puedo justificar que una de las razones que me incentivó a estudiar este caso se debe a su mortalidad que se presenta comúnmente en el embarazo ectópico roto. Provocando una prevalencia estimada entre un 1 y 3% en las mujeres. Considerándose una de las complicaciones menos comunes que suelen presentar una mujer embarazada.

Otras de las razones a argumentar es que estas complicaciones no son siempre diagnosticadas y tratadas a tiempo, debido a muchos factores predisponentes. Entre los más comunes es la falta de conocimientos en el cambio de los métodos anticonceptivos. Esto muchas veces se debe a la ubicación geográfica del paciente. Así como la disponibilidad de tiempo que impide que las mujeres embarazadas puedan asistir a sus controles médicos, entre otras causas.

Como futura profesional de salud debemos de tener en cuenta que es muy oportuno su reconocimiento y evaluación temprana, para poder descartar un embarazo ectópico roto. Con acceso a herramientas de diagnóstico apropiadas, análisis de laboratorio, ecografías y con la experiencia y habilidades necesarias para la evaluación.

El propósito de presente estudio de caso clínico es aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente femenino de 24 años de edad que fue diagnosticada con embarazo ectópico roto. Esto se ejecutará con la finalidad de poder brindarle una atención oportuna, eficiente y eficaz, mediante los cuidados pertinentes de enfermería que serán ejecutados durante su estancia hospitalaria.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo General:**

- ❖ Aplicar el Proceso Atención de Enfermería en paciente con embarazo ectópico roto.

#### **3.2. Objetivos Específicos:**

- ❖ Valorar oportunamente identificando los problemas reales del paciente con diagnóstico de embarazo ectópico roto mediante los patrones disfuncionales y la taxonomía NANDA.
- ❖ Implementar estrategias que minimicen los problemas reales del paciente con diagnóstico de embarazo ectópico roto mediante la taxonomía NOC.
- ❖ Ejecutar el plan de cuidados de enfermería en paciente con diagnóstico de embarazo ectópico roto mediante la taxonomía NIC.

## **4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

### **4.1. Línea de investigación**

La base de la salud humana es la importancia de abordar de manera integral el bienestar físico, mental y social de un individuo, lo que significa mantener un equilibrio óptimo en todos los aspectos de la vida, incluida una nutrición adecuada, el manejo del estrés y, en el caso de este caso clínico. Es fundamental comprender y abordar los problemas de salud humana después de la ruptura de un embarazo ectópico, ya que esta afección puede tener importantes consecuencias físicas y emocionales.

### **4.2. Sublínea de investigación**

El presente caso clínico que lleva como tema “PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO ROTO” explorar varios aspectos de la salud general, incluidos factores físicos, psicológicos y sociales. Este estudio no sólo implica la evaluación y el tratamiento de pacientes con embarazo ectópico roto, sino que también pretende comprender los diversos factores que afectan su calidad de vida.

## **5. MARCO CONCEPTUAL**

### **5.1. Definición e incidencia**

El embarazo ectópico se produce cuando el óvulo fertilizado se implanta en una ubicación fuera de la cavidad del útero. Aunque la incidencia de este fenómeno ha aumentado en las últimas décadas, aproximadamente al 1-2%, recientemente se ha estabilizado. Este incremento se atribuye principalmente a tres factores: el aumento de los factores de riesgo, la mayor utilización de técnicas de reproducción asistida y el desarrollo de métodos diagnósticos más sensibles y específicos, lo que permite la detección de casos que podrían haber pasado desapercibidos de otra manera.

Según Bouyer et al. (2019), menciona que a medida que la incidencia aumenta, la mortalidad asociada ha disminuido significativamente, como se evidencia en los datos de EE.UU., donde la tasa de mortalidad ha pasado de 35,5 muertes por cada 10,000 casos en 1970 a 3,8 por cada 10,000 en 1989. Sin embargo, en los países desarrollados, el embarazo ectópico aún representa entre el 10% y el 15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación y constituye el 80-90% de los fallecimientos durante el primer trimestre del embarazo.

### **5.2. Etiopatogenia**

Cualquier factor que incida en la funcionalidad de la trompa de Falopio para el transporte de los gametos o embriones puede aumentar la probabilidad de implantación ectópica. Todas las condiciones que predisponen al desarrollo de un embarazo ectópico comparten la característica de provocar lesiones en el epitelio tubárico y/o interferir en la movilidad de las trompas.

Según Maridueña et al. (2021), En aproximadamente el 80% de los casos de gestaciones ectópicas, el embrión implantado de manera anormal presenta

anomalías y termina interrumpiéndose de forma espontánea. El aborto espontáneo tubárico ocurre en alrededor del 50% de los casos.

### **5.3. Localización**

La ubicación más común para la implantación del embarazo ectópico es la trompa de Falopio, que representa aproximadamente el 98% de los casos. Dentro de la trompa, la región ampular es la más frecuente, constituyendo alrededor del 80%, seguida por el segmento ístmico con un 12%, el área cornual (o intersticial) con un 2.2%, y las fimbrias con un 6%. Se han reportado localizaciones menos comunes, como el ovario (0.15%), el cuello uterino (0.15%) y el abdomen (1.4%).

Carvajal et al. (2022), argumentan que estos embarazos fuera de la trompa son más frecuentes en mujeres que han concebido mediante técnicas de reproducción asistida, pudiendo llegar a representar hasta el 7% de los casos en esta población. Cuando ocurre simultáneamente con un embarazo intrauterino, se denomina gestación heterotópica, con una incidencia de aproximadamente 1-2 casos por cada 10,000 embarazos espontáneos. La incidencia de gestación heterotópica también se incrementa con el uso de técnicas de reproducción asistida.

### **5.4. Manifestaciones clínicas**

En la mayoría de los casos, el trofoblasto penetra en la pared de la trompa de Falopio, y los síntomas clínicos resultan de la extensión de esta invasión, la viabilidad del embarazo y el sitio de implantación. Cuando ocurre la invasión vascular, se produce hemorragia que altera la anatomía de la trompa, alcanzando la

serosa y provocando dolor. La presentación clínica y el curso del embarazo ectópico pueden ser impredecibles: muchos casos son asintomáticos y se resuelven como abortos espontáneos, mientras que en otros casos la paciente puede presentar un shock sin síntomas previos.

Según Villares (2021), el dolor abdominal repentino e intenso en la parte inferior del abdomen es el síntoma más frecuente y se observa en el 90-100% de las mujeres con síntomas. Junto con el sangrado vaginal y la falta de menstruación o retraso menstrual, conforma la tríada clásica del diagnóstico clínico, aunque solo está presente en aproximadamente el 50% de las pacientes con embarazo ectópico. Otros síntomas, como náuseas, vómitos o desmayos, son menos consistentes en su aparición.

### **5.5. Factores de riesgo**

El embarazo ectópico se detecta en aproximadamente el 25-50% de las mujeres que presentan esta condición. Se ha observado que este tipo de embarazo ocurre en un rango del 2,1% al 9,4% de los casos de fertilización in vitro y transferencia embrionaria (FIVTE), posiblemente debido al uso de progesterona y clomifeno, los cuales podrían interferir con la movilidad adecuada de la trompa. Del mismo modo, se ha identificado un mayor riesgo de embarazo ectópico asociado con el uso de anticonceptivos que contienen gestágenos, como la píldora del día después o el dispositivo intrauterino (DIU) que contiene levonorgestrel, por razones similares.

Boulet (2020), sostienen que las situaciones que aumentan el riesgo de desarrollar un embarazo ectópico incluyen antecedentes previos de este tipo de embarazo, patología o cirugía en las trompas de Falopio, y la concepción mientras se utiliza un DIU o anticonceptivos que contienen solo progestágenos.

## **5.6. Diagnóstico**

El diagnóstico se fundamenta en tres aspectos esenciales: la evaluación clínica, el uso de ecografías y, en caso de que ambos métodos no sean suficientes, la medición secuencial de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (recomendación tipo B). En la mayoría de los casos, es factible realizar el diagnóstico de manera ambulatoria.

## **5.7. Ecografía**

Gracias al progreso tecnológico y la capacitación en ecografía obstétrica, es factible diagnosticar un embarazo ectópico mediante imágenes en etapas cada vez más tempranas. Inicialmente, se recomienda realizar una ecografía con sonda abdominal, pero es crucial complementarla con una sonda vaginal utilizando un ecógrafo de alta resolución y utilizando la función de zoom para ampliar las áreas de interés, especialmente la cavidad endometrial y las estructuras anexiales. A pesar de estos avances, entre el 15% y el 35% de los embarazos ectópicos no son detectados mediante ecografía.

Taylor et al. (2021), argumentan que los indicios indicativos de un posible embarazo ectópico comprenden la observación de un útero vacío, especialmente cuando el endometrio parece estar más grueso, la presencia de un pseudosaco

dentro del útero, el reconocimiento del signo del “doble halo” en la trompa, la detección de un saco gestacional ubicado fuera del útero con la presencia de vesícula vitelina y, en ocasiones, incluso la visualización del embrión. Este último constituye el único diagnóstico definitivo basado exclusivamente en la ecografía. Además, se considera un signo positivo el Doppler color en los casos mencionados anteriormente, así como la presencia de líquido en el espacio de Douglas que supere las cantidades habituales. Se debe tener precaución al utilizar la sonda vaginal, ya que es común sobrestimar la cantidad de líquido, especialmente en personas con poca experiencia.

La detección mediante ecografía de un embarazo intrauterino prácticamente descarta la presencia de un embarazo ectópico. Aunque poco común, se debe considerar la posibilidad de una gestación heterotópica (coexistencia de un embarazo intrauterino y uno ectópico), especialmente en pacientes que han recibido tratamientos de fertilidad. Se recomienda realizar mediciones secuenciales de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG) mediante el método ELISA.

La hormona  $\beta$ -HCG es secretada por las células del trofoblasto y, durante las primeras semanas de un embarazo normal, su nivel se duplica aproximadamente cada 2 días (específicamente para valores inferiores a 10.000 mU/ml). Un aumento menor sugiere la posibilidad de un embarazo inviable, ya sea un aborto o un embarazo ectópico. En caso de sospecha de embarazo ectópico y una ecografía no concluyente, se recomienda realizar análisis de  $\beta$ -HCG. Si no se puede visualizar un embarazo intrauterino en la ecografía transvaginal y los niveles de  $\beta$ -HCG superan

los 1.000-2.000 mU/ml, existe una alta probabilidad de embarazo ectópico. Sin embargo, este valor límite de  $\beta$ -HCG depende de la calidad del equipo ecográfico y de la experiencia del profesional que realiza la ecografía. En centros especializados con experiencia en el diagnóstico y manejo del embarazo ectópico, que utilizan sondas vaginales de alta resolución y están familiarizados con los síntomas y signos de la paciente, se suele utilizar un límite de 1.000 mU/ml (nivel de evidencia III, grado de recomendación C).

Según Escamilla (2019), La combinación de ecografía transvaginal y análisis seriados de  $\beta$ -HCG tiene una sensibilidad del 96%, una especificidad del 97% y un valor predictivo positivo del 95% para el diagnóstico de embarazo ectópico, lo que la convierte en la estrategia más eficaz para este propósito

## **5.8. Exploración clínica**

A menudo, el examen pélvico no ofrece hallazgos específicos, pero se destacan el dolor al mover el cuello uterino y la presencia de una masa anexial dolorosa. En casos de ruptura de un embarazo ectópico, suelen manifestarse signos de irritación peritoneal (como el signo de Blumberg o la presencia de defensa abdominal) junto con un cuadro de shock.

## **5.9. Otros procedimientos**

El legrado uterino y la laparoscopia son procedimientos poco comunes para confirmar el diagnóstico de un embarazo ectópico. En situaciones donde persiste la incertidumbre diagnóstica, la laparoscopia se considera el método estándar para confirmar un embarazo ectópico. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la

laparoscopia puede presentar una tasa de falsos negativos del 3-4% y una tasa de falsos positivos del 5% cuando se utiliza con este propósito.

### **5.10. Tratamiento**

Es fundamental elaborar un folleto informativo que contenga información sobre las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento dirigidas a los pacientes.

### **5.11. Tratamiento quirúrgico**

Hasta hace poco tiempo, se consideraba que el tratamiento quirúrgico era el estándar para abordar el embarazo ectópico, ya que proporcionaba una solución definitiva y se mostraba más efectivo que otros enfoques. Sin embargo, en la actualidad, este enfoque ha sido superado por el tratamiento médico. Actualmente, las principales razones para considerar la cirugía como primera opción incluyen:

Cuando se encuentra un paciente que no cumple con los criterios para el tratamiento médico, como en casos de necesidad de utilizar la laparoscopia para diagnosticar el embarazo ectópico o cuando hay sospecha de rotura del mismo, es crucial considerar diversos factores al decidir la mejor vía de abordaje y el tipo de cirugía a realizar. Estos factores incluyen el estado clínico de la paciente, su deseo de preservar la fertilidad, sus preferencias (en la medida de lo posible) y la ubicación del embarazo ectópico al planificar la estrategia terapéutica. Por lo tanto, en concordancia con la ley de autonomía del paciente, es fundamental contar con un consentimiento informado completo y claro.

Cuando sea posible, se prefiere la vía laparoscópica sobre la laparotomía. Aunque se basa en un estudio con solo 228 pacientes, según Molina (2020), se ha

observado que la laparoscopia conlleva una menor morbilidad, una recuperación más rápida y una tasa de gestación posterior similar, así como menos casos de embarazos ectópicos posteriores, aunque muestra una tasa superior de persistencia del trofoblasto. En situaciones donde la paciente presenta inestabilidad hemodinámica, se prefiere la laparotomía. Asimismo, se optará por la laparotomía si no hay personal capacitado para realizar una laparoscopia. Cuando la paciente muestra signos de rotura tubárica con shock hipovolémico, se aconseja realizar una salpingectomía.

En pacientes clínicamente estables y cuando no es factible el uso de metotrexato, se puede optar por realizar una salpingostomía lineal en el borde antimesentérico de la trompa o una salpingectomía, dependiendo de los hallazgos quirúrgicos. Se prefiere la salpingostomía cuando la trompa contralateral presenta anomalías o está ausente, mientras que la salpingectomía es preferible cuando la trompa contralateral parece estar intacta. Ocasionalmente, se puede realizar una expresión de las fimbrias (“ordeñado”) cuando la trompa está a punto de expulsar el trofoblasto.

Si no se opta por la salpingectomía, se debe realizar un seguimiento con mediciones semanales de  $\beta$ -HCG hasta que los niveles se normalicen. En los casos de gestación ectópica persistente después de una salpingostomía, se ha demostrado que el uso de metotrexato intramuscular en una sola dosis es efectivo.

Los datos publicados sobre los resultados de embarazos posteriores y la incidencia de embarazos ectópicos después de diferentes procedimientos quirúrgicos provienen de estudios de cohortes. Estos indican que la tasa de embarazos subsiguientes varía entre el 50% y el 89%, y aunque se observa una tasa ligeramente mayor de embarazos intrauterinos después de una salpingostomía, las diferencias no alcanzan significación estadística. La incidencia de embarazos ectópicos posteriores oscila entre el 8% y el 18%, y algunos estudios sugieren una mayor tasa de embarazos ectópicos después de una salpingostomía.

### **5.12. Tratamiento médico con metotrexato**

El metotrexato, un medicamento antagonista del ácido fólico, funciona al interferir con la síntesis de purinas y pirimidinas, lo que impide la formación de ADN y la proliferación celular. Debido a la rápida tasa de crecimiento del trofoblasto, este tejido es particularmente sensible a los efectos del metotrexato.

Se ha demostrado que el metotrexato es altamente efectivo en el tratamiento médico del embarazo ectópico (recomendación de grado A) y es comparable en eficacia al tratamiento quirúrgico (recomendación de grado B). Sin embargo, su eficacia se ve reducida si la paciente no es dada de alta precozmente, lo que puede generar mayores costos en la atención médica. Otros fármacos citotóxicos, como las prostaglandinas, el cloruro potásico y la glucosa hiperosmolar, son menos eficaces y se dispone de menos experiencia con ellos, por lo que no se recomienda su uso. El tratamiento con metotrexato debería reservarse para ciertos tipos de pacientes y es necesario contar con unidades hospitalarias que cuenten con protocolos de tratamiento y seguimiento establecidos (recomendación de grado B).

### 5.13. Actitud expectante

La progresión y el riesgo asociado de los embarazos ectópicos no son uniformes para todas las pacientes. La terminación exitosa de un embarazo ectópico está bien documentada, con una tasa de resolución que oscila entre el 44% y el 69% en casos correctamente diagnosticados.

Esta actitud es posible en mujeres con estabilidad hemodinámica, niveles iniciales de  $\beta$ -HCG inferiores a 1.500 mU/ml y en descenso, y cuando la ubicación del embarazo es desconocida (recomendación de grado C).

La paciente será programada para una consulta de seguimiento dentro de 48-72 horas, donde se le explicará el plan de seguimiento, las posibilidades y las opciones disponibles (preferiblemente proporcionadas por escrito) (recomendación de grado C). Además, se contemplará un enfoque terapéutico diferente si los niveles de  $\beta$ -HCG aumentan o se mantienen estables, ya que se ha informado sobre casos de ruptura tubárica incluso con niveles tan bajos como 100 mU/ml. (Taylor, 2021)

### Información de exámenes complementarios realizados.

**Tabla 3.**

#### Prueba de Laboratorio.

Prueba de laboratorio	Resultado	Valor referencial
Glóbulos rojos	3.80 uL	4-5
Glóbulos blancos	5.2 uL	4-10
Linfocitos%	28.1%	20-45%
Hemoglobina	9.8 g/dL	11.5-17
Neutrófilos%	55.0%	40-75%

Glicemia	70 mg/dL	70-110
Hematocrito	29.4%	36-42%
Colesterol total	115 mg/dL	Hasta 200
Triglicéridos	76 mg/dL	Hasta 150
TGO	29 U/l	Hasta 40
TGP	48 U/l	Hasta 42
Creatinina	0.6 md/dL	0.5-0.8
Plaquetas	233.000 u/L	150.000-400.000
Urea	9 md/dL	5-18 mg/dL
Lipasa	15 U/l	13-60
Amilasa	60 U/l	28-100
Potasio	4.0 mmol/L	3.5-4.5
Sodio	138 mmol/L	136-145
Proteína C reactiva	40 mg/dl	Hasta 10 mg/dl
Gonadotropina coriónica humana cualitativa	Positiva	

### INFORME DE ECOGRAFÍA PÉLVICA ENDOVAGINAL

Se observa en el anexo izquierdo, en la región de la trompa de Falopio, una masa de 8.2 x 5.9 cm, de aspecto heterogéneo y mal definido, sin vascularización, con una posible imagen de saco gestacional en su interior. También se nota la presencia de líquido libre en el fondo de saco de Douglas y en la pelvis, con un volumen aproximado de 150 cc. Se sugiere que esta imagen podría ser indicativa de un embarazo ectópico complicado; se recomienda correlacionar estos hallazgos con el cuadro clínico de la paciente.

*Elaborado por Nohely Rodríguez.*

## **6. MARCO METODOLÓGICO**

### **6.1. Metodología**

En este caso clínico, se utiliza la Metodología de Marjory Gordon, los patrones brindan una ayuda fundamental para realizar un diagnóstico integral de la salud del paciente, teniendo en cuenta la totalidad de los aspectos de su existencia y bienestar. Entender y conocer estos modelos de funcionamiento nos proporciona una percepción más detenida de la persona, los síntomas y enfermedades.

### **6.2. Valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Marjory Gordon.**

Paciente de sexo femenino de 24 años de edad con embarazo ectópico roto, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, facies con expresiones de dolor y angustia, abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en la región de la fosa iliaca derecha, dolor a la movilidad del cérvix, acompañado de malestar.

#### **Patrón 1: Percepción – Manejo de la Salud**

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

#### **Patrón 2: Nutricional – Metabólico**

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

**Patrón 3: Eliminación**

Peristaltismo presente, micción normal.

**Patrón 4: Actividad – Ejercicio**

Paciente con frecuencia cardiaca 110 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, tensión arterial 90/60 mmHg, saturación de oxígeno 98%, presenta malestar general, realizaba actividad física tres veces a la semana previo a los padecimientos presentes.

**Patrón 5: Sueño – Descanso**

Paciente no logra conciliar el sueño por el dolor presente.

**Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo**

Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, presenta dolor a la palpación en la región de la fosa iliaca derecha y en la movilidad del cervix, escala de Eva puntuación al llegar 8, subió a 15 en espera de análisis, sin alteraciones en los cambios de los sentidos, se encuentra agitada.

**Patrón 7: Autopercepción – Auto concepto**

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

**Patrón 8: Rol – Relaciones**

Paciente vive con su esposo e hija, tiene una buena relación familiar, es ama de casa, refiere llevar una buena comunicación y relación con los que les rodea

### **Patrón 9: Sexualidad – Reproducción**

Paciente de sexo femenino, menarquia a los 11 años de edad, amenorrea, parto fisiológico 4 años con producto de sexo femenino, sexualmente activa.

### **Patrón 10: Adaptación Tolerancia al Estrés**

Angustiada por sus padecimientos.

### **Patrón 11: Valores y Creencias**

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

## **PATRONES FUNCIONALES COMPROMETIDOS**

- Función de Eliminación
- Función de Movilidad

### **6.3. Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.**

#### **Diagnóstico diferencial:**

- Apendicitis aguda complicada
- Ruptura de embarazo ectópico

#### **Presunto diagnóstico:**

- Abdomen agudo con hemorragia.

#### **Diagnóstico confirmado:**

- Abdomen agudo hemorrágico como consecuencia de la ruptura de un embarazo ectópico.

#### **Diagnóstico de enfermería:**

- Afrontamiento al estrés, debido a la pérdida de su hijo por un embarazo ectópico roto.

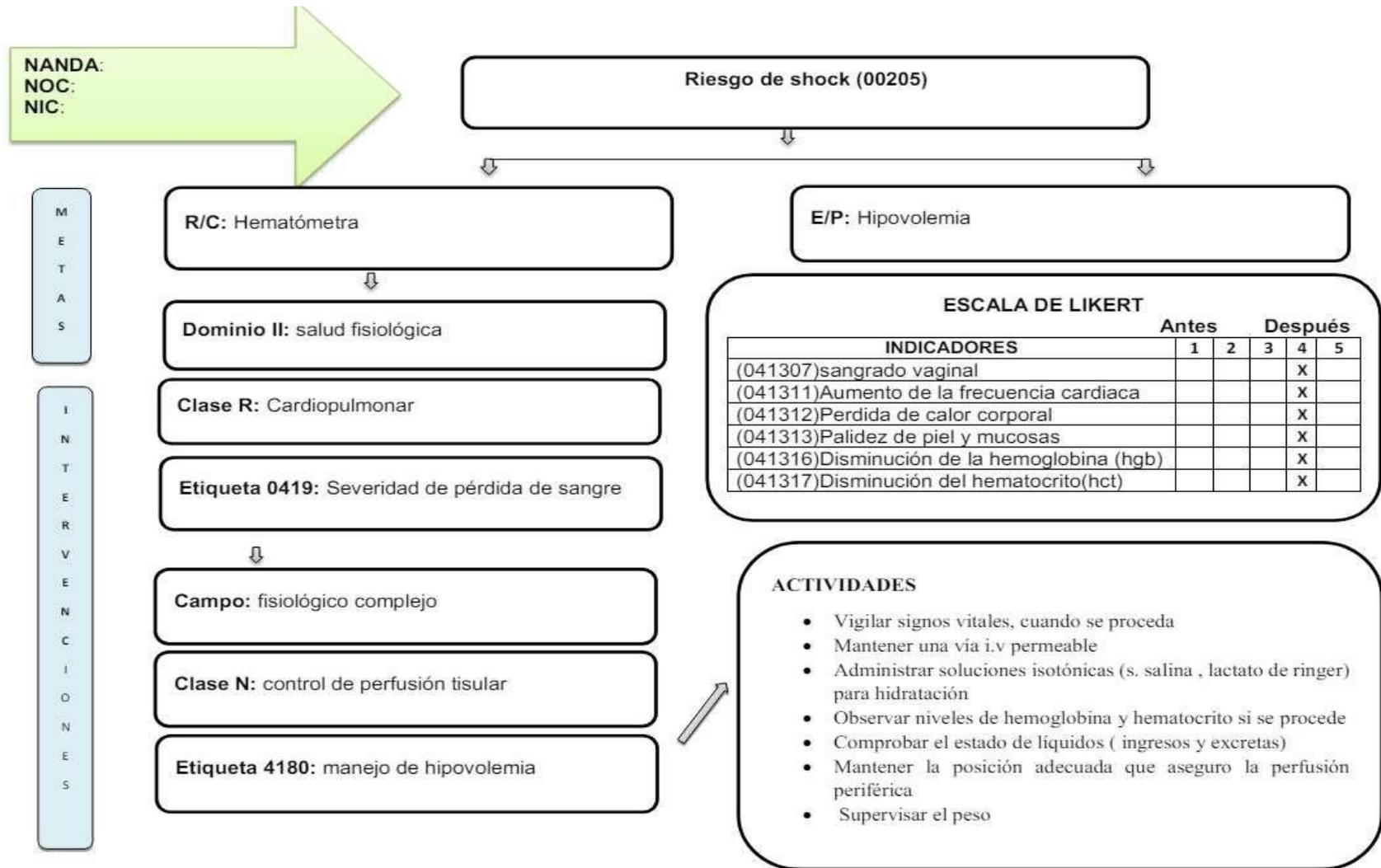
- Confort, debido al dolor al nivel de dolor que presenta.

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

Tras el examen del caso clínico, resulta evidente que este caso particular de hemorragia gastrointestinal superior se encuentra con frecuencia entre la población de edad avanzada, particularmente en los hombres. La manifestación de esta dolencia se caracteriza por la aparición de melena y hematemesis a lo largo de su progresión. Un aspecto biológico importante a considerar son los hábitos dietéticos inadecuados del paciente.

La ubicación geográfica de su residencia en una zona rural plantea desafíos en términos de transporte y acceso a centros de salud debido a la distancia. Además, enfrentan dificultades para llegar a un centro de salud. En el plano social, expresan una relación positiva y armoniosa con su familia.

Examinar y explicar las acciones que identifican la causa del problema y los pasos a seguir.



# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



NANDA: 00125  
NOC: 1310  
NIC: 5270

**Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés**  
**Clase 2: Respuesta de afrontamiento**  
**Etiqueta: 00125 Impotencia**

**R/C: Embarazo ectópico roto**

**E/P: Perdida gestacional, desesperanza, frustración.**

**Dominio: Salud psicosocial**

**Clase: Adaptación psicosocial**

**Etiqueta: 1310 Resolución de culpa**

**Dominio: Conductual**

**Clase: Ayuda para el afrontamiento**

**Etiqueta: 5270 Apoyo emocional**

## ESCALA

INDICADORES	ANTES		DESPUÉS		
	1	2	3	4	5
Controla la intensidad de los sentimientos			X		
Expresa el significado personal de la culpa				X	
Identifica la culpa como una reacción común				X	
Comparte sentimientos de culpa con los demás					X
Frustración				X	

## ACTIVIDADES

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

Elaborado por: Lic. Iliana Márquez Jiménez, Mgs.

R  
E  
S  
U  
L  
T  
A  
D  
O  
  
I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C

NANDA: 00132  
NOC: 3016  
NIC:

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

**R/C:** Embarazo ectópico abdominal

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

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** Salud percibida (V)

**Clase:** Satisfacción con los cuidados (EE)

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

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

**Campo:** 1. Fisiológico básico

**Clase:** E. Fomento de la comodidad física

**Etiqueta:** 1400 Manejo del dolor

#### ESCALA DE LIKERT

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

#### ACTIVIDADES

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

## **6.5. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.**

En el tratamiento del embarazo ectópico, se pueden destacar los siguientes niveles de evidencia:

El metotrexato se ha mostrado altamente efectivo en el manejo médico del embarazo ectópico (grado de recomendación A) y es comparable en eficacia al tratamiento quirúrgico (grado de recomendación B), aunque puede resultar menos rentable si no se da de alta a la paciente de manera temprana, lo que podría generar costos adicionales en atención médica.

El uso de metotrexato se recomienda para un grupo específico de pacientes, y es esencial que los hospitales cuenten con unidades especializadas que sigan protocolos de tratamiento y monitoreo (grado de recomendación B).

En cuanto al tratamiento quirúrgico, se prefiere la laparoscopia sobre la laparotomía cuando sea posible. Sin embargo, en pacientes con inestabilidad hemodinámica, se opta por la laparotomía. Además, si no hay personal capacitado para realizar una laparoscopia, se prefiere la laparotomía. En casos de ruptura tubárica con shock hipovolémico, se recomienda la salpingectomía.

Enfoque de observación: No todos los embarazos ectópicos evolucionan hacia una situación de riesgo para la paciente. La resolución de un embarazo ectópico está bien documentada, ocurriendo en el 44-69% de los casos apropiadamente seleccionados. Este enfoque es adecuado para mujeres con estabilidad hemodinámica y niveles iniciales de  $\beta$ -HCG < 1.500 mU/ml en disminución, cuya ubicación exacta del embarazo no se conoce (grado de recomendación C).

## 7. RESULTADOS

### 7.1. Seguimiento.

La paciente examinada ingresó a través del servicio de emergencias ginecológicas, donde inicialmente fue atendida por un especialista en ginecología. Se realizaron pruebas adicionales de laboratorio y estudios de imágenes para complementar la evaluación. Nuestra labor como personal de enfermería en ese momento fue aplicar las primeras medidas indicadas por el médico y velar por el bienestar de la paciente.

Después de recibir los resultados de los análisis, se establecieron tanto los diagnósticos médicos como los de enfermería, y se tomó la decisión de intervenir quirúrgicamente a la paciente. Se llevó a cabo una laparotomía exploratoria, en la que se encontró hemoperitoneo moderado y un saco gestacional roto.

Durante la cirugía, el personal de enfermería se encargó de garantizar la seguridad y el bienestar de la paciente, siguiendo las directrices y las indicaciones del cirujano.

Tras la intervención, la paciente salió del quirófano en condiciones estables y fue trasladada a la sala de recuperación durante 4 horas, antes de ser ingresada en la sala de hospitalización general.

Durante el período en que estuvo hospitalizada, la paciente se mantuvo en condiciones estables y se llevaron a cabo diversas intervenciones de enfermería, que incluyeron la administración de medicamentos, monitoreo constante de los signos vitales, cuidado de vías y sondas, asistencia en la movilización de la paciente, entre otras medidas.

Después de cinco días, con resultados de exámenes de seguimiento estables, la paciente fue dada de alta sin complicaciones.

## **7.2. Observaciones.**

Se brindó una explicación detallada de todas las decisiones e intervenciones médicas y de enfermería a la paciente y sus familiares, seguida de la firma de consentimientos informados. Los datos recopilados de la historia clínica se obtuvieron con la aprobación de los supervisores de la sala de hospitalización. La paciente recibió una evaluación exhaustiva desde su admisión, lo que permitió la aplicación precisa de los procesos de atención de enfermería y la toma oportuna de decisiones cuando fue necesario.

## 8. Discusión de Resultados

Los resultados obtenidos en la investigación sobre el proceso de atención de enfermería en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico roto, es crucial contrastar los hallazgos con el marco teórico existente para comprender plenamente su relevancia y significado clínico.

En primer lugar, los resultados de la evaluación inicial de la paciente revelaron una serie de signos y síntomas característicos de un embarazo ectópico roto, como dolor abdominal intenso, irritación peritoneal y defensa muscular. Estos hallazgos concuerdan con la literatura existente que describe el cuadro clínico típico de esta complicación obstétrica, donde la presencia de dolor abdominal agudo es uno de los signos más prominentes.

Asimismo, los resultados del examen físico, incluida la observación de un abdomen tenso con poca capacidad de compresión, apoyan la hipótesis de un abdomen agudo hemorrágico como consecuencia de la ruptura del embarazo ectópico. Este hallazgo es consistente con las manifestaciones clínicas comúnmente asociadas con la rotura de la trompa de Falopio en un embarazo ectópico, como se describe en la literatura médica.

En el contexto de los patrones funcionales de enfermería, se observó una alteración significativa en la función de eliminación y movilidad debido al dolor abdominal intenso, lo que refleja la afectación de múltiples áreas de cuidado en el

proceso de atención de enfermería. Estos resultados resaltan la importancia de un enfoque integral en el manejo de pacientes con embarazo ectópico roto, que aborde tanto las necesidades físicas como las emocionales y psicológicas de la paciente.

El manejo quirúrgico de la paciente, con una laparotomía exploratoria para abordar el abdomen agudo hemorrágico, refleja una práctica clínica consistente con las recomendaciones actuales en el manejo de esta complicación obstétrica. La decisión de intervenir quirúrgicamente se basó en la gravedad del cuadro clínico y en la necesidad de abordar de manera urgente la fuente de la hemorragia intraabdominal para evitar complicaciones graves.

Los resultados obtenidos en esta investigación refuerzan la importancia de un enfoque integral y oportuno en el proceso de atención de enfermería en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico roto. El contraste de estos hallazgos con el marco teórico existente subraya la relevancia clínica de los signos y síntomas característicos de esta complicación obstétrica, así como la importancia de intervenciones rápidas y efectivas para garantizar la seguridad y el bienestar de la paciente.

## 9. CONCLUSIONES

Se aplicó con éxito el proceso de atención de enfermería desde el ingreso hospitalario hasta el alta, lo que resultó en mejoras positivas en el estado de la paciente.

Se llevó a cabo un análisis exhaustivo de los patrones funcionales, identificando alteraciones en los patrones cardiorrespiratorio y de eliminación.

Las intervenciones realizadas por el personal de enfermería fueron apropiadas en todas las etapas del cuidado de la paciente.

Los diagnósticos de enfermería, complementarios a los diagnósticos médicos, contribuyeron a mejorar el estado general de la paciente mediante las intervenciones implementadas.

La ruptura de embarazo ectópico puede representar un riesgo de vida para la paciente debido al shock hemorrágico.

La hipovolemia se presenta como una causa potencial de muerte en casos de ruptura de embarazo ectópico.

## 10. RECOMENDACIONES

- Reforzar la capacitación del personal de enfermería en la identificación temprana de signos y síntomas de emergencia en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico roto, especialmente en relación con el shock hemorrágico y la hipovolemia.
- Implementar protocolos específicos de manejo de emergencias obstétricas, incluyendo el embarazo ectópico roto, para garantizar una atención oportuna y eficaz de las pacientes en situaciones críticas.
- Establecer procedimientos estandarizados para la evaluación y el seguimiento de los patrones funcionales de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, centrándose en los patrones cardiorrespiratorio y de eliminación, con el fin de detectar precozmente cualquier alteración y proporcionar intervenciones oportunas.
- Promover la comunicación efectiva entre el personal de enfermería y el equipo médico, asegurando una colaboración interdisciplinaria para optimizar el manejo integral de las pacientes con embarazo ectópico roto.
- Continuar la vigilancia y el monitoreo cuidadoso de las pacientes durante todo el proceso de atención, especialmente durante el período postoperatorio inmediato, para detectar y abordar cualquier complicación potencial de manera rápida y efectiva.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

- Boulet, J. (2020). Riesgo de embarazo ectópico asociado con la tecnología de reproducción asistida en los Estados Unidos, . *Obstetricia y ginecología*,, 70-78.
- Bouyer, J. y. (2019). Tratamiento de embarazos ectópicos en 2014: nuevas respuestas a algunas preguntas antiguas. *Fertilidad y esterilidad*, 101(3), 615-620. Caracas: Person. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.01.029>.
- Carvajal, L. y. (2022). Embarazo ectópico: Antecedentes, incidencia, epidemiología y factores de riesgo. . Madrid: Espasa. Obtenido de <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3182516d7b>.
- Coste, R. C. (2022). Lugares de embarazo ectópico: un estudio poblacional de 10 años con 1800 casos de Reproducción humana, . Palermo: Scielo. Obtenido de <https://doi.org/10.1093/humrep/17.12.3224>.
- Escamilla, C. (2019). Atención integral de la salud femenina: Un abordaje interdisciplinario de su cuidado. Madrid: The Lancet.
- García, A. M. (2021). Proceso de atención de enfermería en paciente con diagnóstico de embarazo ectópico roto: un enfoque centrado en la calidad de cuidados. e3425. *Revista Latinoamericana de Enfermería "SER MAMA"*, , 29.
- Hernández, M. A. (2020). Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado de la paciente con diagnóstico de embarazo ectópico roto. *Revista Cubana de Enfermería*. San Salvador: Seix Barral.
- Maridueña, G. &. (2021). Diagnóstico de embarazo ectópico y conceptos actuales en el manejo del embarazo de ubicación desconocida. Actualización sobre reproducción humana. Santiago : Crossbooks. Obtenido de <https://doi.org/10.1093/humupd/dmt047>.
- Martínez, E. P. (2019). Importancia del proceso de atención de enfermería en el embarazo ectópico roto: revisión de la literatura. . *Revista Científica de Enfermería*,, 45-55.
- Ministerio de Salud. (20 de Mayo de 2022). *Fortalecimiento de políticas gubernamentales para la prevención de embarazos en niñas y adolescentes: un enfoque del Gobierno del Encuentro*. Extraído de MSP. Obtenido de <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>.
- Molina, H. (2020). Razones del fallecimiento de madres. Edimburgo: Real Colegio de Médicos de Edimburgo,.

Pérez, A. R. (2020). Proceso de Atención de Enfermería en el manejo del embarazo ectópico roto en el área de emergencia. . *Enfermería Clínica*, 162-168.

Rodríguez, M. A. (2022). Enfoque de enfermería en el manejo del embarazo ectópico roto: un estudio de caso. . *Ser padres*, 427-438.

Taylor, A. y. (2021). Gestión expectante del embarazo ectópico tubárico: predicción del éxito mediante análisis de árboles de decisión. Ultrasonido en obstetricia y ginecología. . Barcelona: Espasa. Obtenido de <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.1061>

Villares, G. (2021). Aspectos vinculados al embarazo ectópico. . Mexico DF: Multimed. Obtenido de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/486>

## 12. ANEXOS



1.- COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL



2.- TOMA DE SIGNOS VITALES



3.- ECO TRANSVAGINAL



## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD DE TITULACIÓN

### SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

**DOCENTE TUTOR:** MARQUEZ JIMENEZ ILIANA IVETTE  
**ESTUDIANTES:** RODRIGUEZ MARQUEZ NOHELY PATRICIA  
**PERIODO TITULACIÓN:** NOVIEMBRE 2023 - MAYO 2024  
**MODALIDAD DE TITULACIÓN:** EXAMEN DE CARÁCTER COMPLEXIVO  
**FASE DE MODALIDAD:** ESTUDIO DE CASO  
**PROYECTO DE TITULACIÓN:** PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO ROTO.

### INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO ROTO					
FASE	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
ESTUDIO DE CASO	2024-02-29	2024-04-14	TERMINADO	91.43%	HABILITADO

### INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
SUBIR INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	90%	HABILITADO

JUSTIFICACION					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
JUSTIFICACION	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	100%	HABILITADO

OBJETIVOS DEL ESTUDIO					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
SUBIR OBJETIVO GENERAL Y 3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	100%	HABILITADO

LINEA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
SUBIR LINEA Y SUBLINEA	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	90%	HABILITADO

MARCO CONCEPTUAL					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
SUBIR EL MARCO CONCEPTUAL - MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS DEL CASO CLÍNICO	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	80%	HABILITADO

MARCO METODOLÓGICO					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
MARCO METODOLÓGICO	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	80%	HABILITADO

RESULTADOS					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
RESULTADOS	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	90%	HABILITADO

ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
DISCUSION DE RESULTADOS	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONCLUSIONES					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
CONCLUSIONES	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	90%	HABILITADO

RECOMENDACIONES					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
RECOMENDACIONES	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	100%	HABILITADO

REFERENCIAS					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	100%	HABILITADO

ANEXOS					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
ANEXOS	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	80%	HABILITADO

TRABAJO FINAL					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
TRABAJO FINAL	2024-03-11	2024-04-12	TERMINADO	90%	HABILITADO

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC	ESTADO
SUBIR RESUMEN Y PALABRAS CLAVES	2024-03-11	2024-03-12	TERMINADO	90%	HABILITADO



ILIANA IVETTE  
MARQUEZ  
JIMENEZ

NOHELY RODRIGUEZ M.  
RODRIGUEZ MARQUEZ NOHELY PATRICIA  
ESTUDIANTE

MARQUEZ JIMENEZ ILIANA IVETTE  
DOCENTE TUTOR



# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FECHA: 9/5/2024

HORA: 9:22

SR(A).

LCDO. STALIN FABIAN MARTINEZ MORA

COORDINADOR DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
EN SU DESPACHO.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EN ATENCIÓN A LA DESIGNACIÓN COMO DOCENTE TUTOR PARA GUIAR EL TRABAJO DE TITULACIÓN  
CON EL TEMA:

MODALIDAD	FASE	TEMA
EXAMEN DE COMPLEXIVO	ESTUDIO DE CASO	PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO ROTO.

PERTENECIENTE A EL/LOS ESTUDIANTES:

FACULTAD	CARRERA	ESTUDIANTE
FCS	ENFERMERIA (REDISENADA)	RODRIGUEZ MARQUEZ NOHELY PATRICIA

AL RESPECTO TENGO A BIEN INFORMAR QUE EL/LOS ESTUDIANTES HAN CUMPLIDO CON LAS  
DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO E INSTRUCTIVO DE TITULACIÓN DE LA  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO, EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO.

POR LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, EL TRABAJO DE TITULACIÓN ES APROBADO POR QUIEN  
SUSCRIBE, AUTORIZANDO CONTINUAR CON EL PROCESO LEGAL PERTINENTE

POR LA ATENCIÓN QUE SE SIRVA DAR AL PRESENTE ME SUSCRIBO.

ATENTAMENTE,



ILIANA IVETTE  
MARQUEZ  
JIMENEZ

ILIANA IVETTE MARQUEZ JIMENEZ  
DOCENTE TUTOR DEL EQUIPO DE TITULACIÓN



Av. Universitaria Km 2 1/2 Vía Montalvo

05 2570 368

rectorado@utb.edu.ec