



UNIVERSIDAD TECNICA 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 DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON EMBARAZO
ECTOPICO DE 6 SEMANAS DE GESTACION**

AUTOR

KATYUSCA ALEXANDRA ALVARADO REZABALA

TUTOR

DRA. ROJAS MACHADO MARIA EUGENIA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020 – 2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEORICO.....	1
1.1 JUSTIFICACION	6
1.2 OBJETIVOS	7
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.3 DATOS GENERALES.....	8
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	9
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).	9
2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	10
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	10
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	14
ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO.....	15
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	15
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	16
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	20
2.8 SEGUIMIENTO	21
2.9 OBSERVACIONES	24
CONCLUSION	25
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	26
ANEXOS	27

DEDICATORIA

El siguiente caso está dedicado en primer lugar a Dios y a mis hijos quienes han estado a mi lado en todo momento y son el motor principal de mi vida. También a mis padres, amigos y docentes que estuvieron en mi círculo de preparación durante toda mi proceso académico. Y por último, a todas aquellas personas que formaron esa parte esencial en mi trayectoria de aprendizaje y enseñanzas.

Katysca Alexandra Alvarado Rezabala

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios por tenerme con vida y hacer que mis padres se sientan orgullosos de mí, por haber finalizado mis estudios con éxitos. Agradezco de todo corazón a mis hijos quienes fueron aquella fuerza indispensable que me animaron más de una vez a seguir adelante y no rendirme en el transcurso de mi trayectoria de aprendizaje.

También agradezco a mi querida y respetada Universidad Técnica de Babahoyo por abrir sus puertas y haberme aceptado, para poder ejercer la profesión de enfermería. Agradezco a mi tutora la Dra. Rojas Machado María Eugenia por brindarme la oportunidad de compartir sus conocimientos e ideales durante todas las etapas de mi caso clínico. Para concluir, agradezco de todo corazón a mis compañeros, amigos y docentes de la universidad donde logré cumplir mi meta de convertirme en licenciada en enfermería.

Katjusca Alexandra Alvarado Rezabala

TITULO DEL CASO CLINICO

ROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON EMBARAZO
ECTOPICO DE 6 SEMANAS DE GESTACION

RESUMEN

Un embarazo ectópico es una complicación grave que ocurre en el embarazo, donde el óvulo fertilizado se va a desarrollar en los tejidos de la pared uterina. Ya sea por implantación en trompas de Falopio, ovario, canal cervical, cavidad pélvica e incluso en cavidad abdominal. Este cuadro clínico estudia el caso de paciente de 21 años de edad con embarazo ectópico de 6 semanas de gestación, que acudió a la emergencia del hospital por presentar sangrado moderado transvaginal, síncope y dolor a nivel de hipogastrio de tipo contracción que se irradia a zona lumbar de moderada intensidad. Se realiza la valoración física y se procede a identificar los patrones disfuncionales que están comprometiendo el estado de salud del paciente, para así poder elaborar el Proceso de Atención de Enfermería con el fin de desarrollar un plan de cuidados relacionados a las necesidades requeridas por el paciente. También se brindará el adecuado tratamiento, confort y seguimiento. De igual manera se ejecutarán los cuidados pertinentes de enfermería, aplicando el uso de las taxonomías Nanda, Nic, y Noc con el propósito de cumplir nuestros objetivos propuestos en este estudio de caso clínico.

Palabras claves: Embarazo ectópico, confort, amenorrea, ecografía, taxonomías.

ABSTRACT

An ectopic pregnancy is a serious complication that occurs in pregnancy, where the fertilized egg goes to develop in the tissues of the uterine wall. Either by implantation in the fallopian tubes, ovary, cervical canal, pelvic cavity and even in the abdominal cavity. This clinical picture studies the case of a 21-year-old patient with a 6-week gestation ectopic pregnancy, who came to the hospital emergency room due to moderate transvaginal bleeding, syncope, and contraction-type hypogastric pain that radiates to the area. lumbar of moderate intensity. The physical assessment is carried out and the dysfunctional patterns that are compromising the patient's health status are identified, in order to develop the Nursing Care Process in order to develop a care plan related to the needs required by the patient. . Adequate treatment, comfort and follow-up will also be provided. In the same way, the pertinent nursing care will be carried out, applying the use of the taxonomies Nanda, Nic, and Noc in order to fulfill our objectives proposed in this clinical case study.

Keywords: Ectopic pregnancy, comfort, amenorrhea, ultrasound, taxonomies.

INTRODUCCION

Se define como embarazo ectópico a la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina (Castro & Maldonado, 2019).

Un embarazo ectópico es una complicación del embarazo en el que el ovulo fecundado se implanta en otro tejido diferente al de la cavidad uterina, ya sea en las trompas de Falopio, cérvix o en el ovario. El implante del ovulo fecundado se da en el endometrio del útero, llamándose un implante eutópico. Si éste se da fuera del endometrio se llamará ectópico. Un embarazo ectópico se produce por un trastorno en la reproducción del ser humano dando como consecuencia la muerte del embrión y materna en el primos trimestre del embarazo.

A nivel mundial la incidencia de embarazo ectópico ha ido en aumento. En la actualidad alcanza el 2%. En los Estados Unidos de cada 1000 mujeres embarazadas el 19.7% se presenta como embarazo ectópico. En el Ecuador el 4% de los embarazos son ectópicos que corresponde al 15% a nivel mundial.

La presenta investigación nos ofrece de manera detallada los principales aspectos relacionados a los riesgos que existen durante todo el periodo de gestación. Por aquello, nos enfocaremos en los debidos cuidados de enfermería que siempre se deben brindar al atender un embarazo ectópico.

I. MARCO TEORICO

EMBARAZO ECTÓPICO

Un embarazo ectópico se define como una grave complicación que suele ocurrir en el embarazo, donde el óvulo fertilizado se va a desarrollar en los tejidos de la pared uterina. Ya sea que se implante en la trompa de Falopio, lo cual es lo más frecuente. O en el ovario, en el canal cervical, en la cavidad pélvica e incluso en la abdominal. (Navarro, Artacho, & Addi, 2018).

Debemos de mencionar que los embarazos ectópicos no pueden proseguir con normalidad. Debido a que el óvulo fecundado no va a sobrevivir, y el aumento de tejido va a provocar un sangrado excesivo que pondrá en riesgo su vida (Navarro, Artacho, & Addi, 2018).

EPIDEMIOLOGIA

En el Ecuador el 4% de pacientes presentó un embarazo ectópico, su prevalencia se ha triplicado en los últimos 20 años, aunque su mortalidad ha decrecido por los avances de diagnóstico y tratamiento. En México, algunos autores reportaron una tasa de 6.1 por cada 1000 nacidos vivos, con secuelas inmediatas y tardías que pueden involucrar la esterilidad o la mortalidad materna. En Honduras, se realizó un estudio por Cuestas (2006) quien encontró que la frecuencia de embarazo ectópico era de 9.9 por 1000 embarazos, encontraron como factores de riesgo el tener dos o más parejas sexuales (46%), la enfermedad pélvica inflamatoria (33%), el uso de Dispositivo Intrauterino (33%), el tabaquismo (10%) y el ectópico previo (2.3%) (Cepeda, Vanessa, & Gallegos, 2018)

FISIOPATOLOGIA

El trofoblasto del embarazo ectópico, es similar al del embarazo normal y secreta hormona gonadotropina coriónica (HGC), con mantenimiento del cuerpo lúteo del embarazo que produce estrógenos y progesterona suficientes para inducir los cambios maternos de la primera fase del embarazo. Esto permite que en las primeras semanas la evolución sea tranquila, pues "la fecundación nada tiene de

anormal, lo patológico está en la implantación del huevo en un sitio impropio", pero muy pronto, ante una la barrera decidual escasa y el poder erosivo del trofoblasto, el huevo está "condenado" a perecer (Fernández, 2016).

Los sitios de implantación anormales pueden ser extrauterinos (ovario, trompas uterinas, órganos de la cavidad abdominal, peritoneo) o intrauterinos pero a nivel del cuello uterino y/o de la porción intersticial de la trompa (en el cuerno uterino). Debido a esto, Barnes propone el término de embarazo "ectópico", en lugar de embarazo "extrauterino", pues resulta ventajoso al comprender todas las implantaciones del huevo en sitios anormales (Fernández, 2016).

Es importante mencionar que el embrión anormalmente implantado va a presentar anomalías y se interrumpirá de manera espontánea en el 80% de las gestaciones ectópicas, debido a que el aborto tubárico espontáneo ocurre en la mitad de los casos (Santamaría & Sánchez, 2017).

FACTORES DE RIESGOS

Algunos de los factores que va a aumentar las probabilidades de que una gestante contraiga un embarazo ectópico son los siguientes mencionados:

- Defecto congénito en las trompas de Falopio.
- Cicatrización después de una ruptura del apéndice.
- Endometriosis.
- Haber tenido un embarazo ectópico antes.
- Cicatrización a raíz de infecciones pasadas o cirugía de los órganos femeninos.

A continuación, los siguientes factores también pueden incrementar el riesgo de contraer un embarazo ectópico:

- Edad mayor a 35 años.
- Quedar embarazada teniendo un dispositivo intrauterino (DIU).
- Realizarse ligadura de trompas.
- Haberse sometido a una cirugía para revertir la ligadura de trompas con el fin de quedar embarazada.

- Haber tenido múltiples compañeros sexuales.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Algunos tratamientos para la esterilidad (Vive & Anderss, 2017).

Como nota de referencia, debemos saber que el sitio más común para padecer de un embarazo ectópico es las trompas de Falopio. Sin embargo, en pocas ocasiones puede presentarse en los ovarios, el abdomen o el cuello uterino (Vive & Anderss, 2017).

LOCALIZACION

Unos de los lugares más frecuente donde puede haber una implantación son en las trompas de Falopio con un porcentaje del 98. Aunque existen otros lugares específicos como:

- Ampular: 80%.
- Ístmico: 12%.
- Cornual (intersticial): 2,2%.
- Fimbrias: 6%.
- Otras localizaciones pocas comunes son; el ovario (0,15%), el cérvix (0,15%) y el abdomen (1,4%).

Es de vital importancia saber que estos embarazos extratubárico se ven con más frecuencia en gestaciones conseguidas tras el uso de técnicas de reproducción asistida en las que pueden llegar a alcanzar un promedio del 7% (Ruiz & Ortega, 2016).

MANIFESTACIONES CLINICAS

La mayoría de los embarazos ectópicos muchas veces son difíciles de diagnosticar, debido a que la sintomatología a menudo se asemeja a la etapa inicial de un embarazo normal (Dolores & Sizco, 2018).

Los signos y síntomas que se presentan en un embarazo ectópico pueden incluir:

- Ginecorragia.

- Cólicos leve en un costado de la pelvis.
- Ausencia de periodos.
- Dolor leve a crónico en la parte inferior del abdomen o en la zona de la pelvis (Dolores & Sizco, 2018).

Si durante un embarazo anormal presenta ruptura y sangrado, el cuadro clínico puede empeorar. Si esto llegase a pasar, puede incluir:

- Hipotensión.
- Diaforesis.
- Emesis.
- Cefalea intensa.
- Diaforesis.
- Dolor en el área del hombro.
- Dolor agudo, súbito e intenso en la parte inferior del abdomen (Dolores & Sizco, 2018)

DIAGNÓSTICOS

Las pruebas de laboratorio que se deben realizar para poder verificar si existe la probabilidad de un embarazo ectópico son las siguientes mencionadas:

- Gonadotropina coriónica humana
- Progesterona sérica: Hallazgos de concentraciones menores a 5mg es positivo para embarazo ectópico.
- Marcadores séricos novedosos: Factor de crecimiento endotelial vascular, antígeno carcinoembrionario, cinasa de creatinina, fibronectina fetal.
- Hemograma (MayoClinic, 2020).

Los siguientes exámenes son indispensable para la confirmación de embarazo ectópico:

- Ecografía transvaginal
- Ecografía transabdominal
- Análisis de sangre para revisar el nivel de la hormona del embarazo (MayoClinic, 2020)

COMPLICACIONES

La complicación más común en los embarazos ectópicos es que se presente una ruptura con sangrado interno. En lo cual existirá una gran posibilidad de que se presente un shock. Por otro lado, debemos de saber que el 10 a 15% de las mujeres que han experimentado un embarazo ectópico se presenta infertilidad (Vive & Anderss, 2017).

PREVENCIÓN

Es muy probable que los embarazos ectópicos se den muchas veces en las trompas de Falopio y que estos no sean detectados a tiempos ya que la mayoría ocurren dentro de las primeras semanas. Aunque los embarazos tubáricos, pueden en algunos casos prevenirse evitando aquellos trastornos que podrían ocasionar cicatrización en las trompas de Falopio (Navarro, Artacho, & Addi, 2018).

Las siguientes recomendaciones puede tener la posibilidad de reducir el riesgo de un embarazo tubárico:

- Evitar los factores de riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) como la promiscuidad, las relaciones sexuales sin preservativos y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Acudir a las consultas médicas. Esto permitirá detectar con tiempo cualquier cambio, inflamación o enfermedad de transmisión sexual. (Navarro, Artacho, & Addi, 2018)

1.1 JUSTIFICACION

Mediante este estudio de caso clínico, justifico que nuestra visión y misión como profesional de salud, se determina en ofrecer los cuidados de enfermería que requiere el paciente durante su proceso de evolución. Debido a que son actividades imprescindibles que requiere de un gran valor, tanto personal como profesional y los que van encaminado en la relación de enfermera – paciente con el único fin de establecer un lazo de confianza y armonía dentro de una unidad hospitalaria.

Por aquello, el propósito de este estudio de caso clínico es elaborar el proceso de atención de enfermería en paciente con embarazo ectópico de 6 semanas de gestación. Mediante lo cual se realizará la valoración de enfermería acorde a los patrones funcionales y al examen encefalocaudal. Lo cual nos permitirá identificar la conducta que está desencadenando el progreso de la enfermedad y así poder ejecutar los debidos cuidados de enfermería.

Es importante tener en cuenta que como futuros profesionales de la carrera de enfermería, estamos en toda la obligación de brindar una atención humanística y afectiva a las personas con un estado de salud vulnerable, para así poder contribuir a la rehabilitación de su salud e incorporación a su vida cotidiana.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el proceso de atención de enfermería en paciente con embarazo ectópico de 6 semanas de gestación.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los patrones disfuncionales presentes en un embarazo ectópico.
- Diagnosticar al paciente utilizando las taxonomías Nanda, Nic y Noc.
- Elaborar del plan de cuidados de enfermería.
- Evaluar los resultados obtenidos durante el proceso de atención de enfermería en paciente con embarazo ectópico de 6 semanas de gestación.

CASO CLINICO

1.3 DATOS GENERALES

- **Nombre y Apellidos:** NN
- **Numero de historia clínica:**
- **Edad:** 21 años.
- **Sexo:** Femenino.
- **Estado Civil:** Unión Libre
- **Convivientes:** Esposo.
- **Lugar de nacimiento:** Guaranda – Guanujo.
- **Fecha de nacimiento:** 1996/06/29
- **CI:** 0202568531
- **Etnia:** Indígena.
- **Lugar de residencia:** Guaranda – Guanujo.
- **Nivel de estudios:** Primeria
- **Nivel sociocultural/económico:** Bajo
- **Grupo Sanguíneo:** O Rh+
- **Religión:** Evangélico.
- **Ocupación:** Ama de casa

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).

Paciente de sexo femenino de 21 años de edad es traída por el servicio de ECU911 al área de emergencia en compañía de su esposo, por presentar sangrado moderado transvaginal más o menos de 24 horas de evolución, sensación de desmayo y dolor a nivel de hipogastrio de tipo contracción que se irradia a zona lumbar de moderada intensidad, hace aproximadamente 2 horas. Nos refieren que se colocó paracetamol 1G IV en el transcurso del camino, pero no cede el dolor. Motivo por el cual se decidió su ingreso hospitalario de manera urgente al área de ginecología.

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES
<ul style="list-style-type: none">• Menarquia: 12 años.• Ciclos menstruales: regulares/ 4-6 días.• Inicio de vida sexual: 18 años.• Parejas sexuales: 3• FUM: 14/07/20• Gestas: 1• Partos: 0• Aborto: 0• ITS: no refiere.• Inmunizaciones: antitetánica e influenza con esquema completo bajo carnet.• Control: 1	No posee enfermedades actuales	Madre: sin antecedentes. Padre: diabético e hipertenso

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

Recibo paciente de sexo femenino de 21 años de edad por presentar un cuadro clínico conformado por sangrado moderado transvaginal más o menos de 24 horas de evolución, síncope y dolor a nivel de hipogastrio de tipo contracción que se irradia a zona lumbar de moderada intensidad, hace aproximadamente 2 horas antes de su ingreso.

Se realiza control de signos vitales: Presión arterial: 90/60mmHg, frecuencia cardiaca: 68xmin, frecuencia respiratoria: 22xmin, temperatura axilar: 36.1°C. Paciente refiere retraso menstrual aproximadamente hace 1 mes y 2 semanas. Antes los principales aspectos clínicos, se le realizó la prueba de HCG (Hormona Gonadotropina coriónica humana) en sangre, dando como resultado embarazo positivo. Además medico solicitó ecografía, exámenes de biometría hemática, química sanguínea y uro análisis.

Inmediatamente se le administra cloruro de sodio 0.9% 1.000ml IV a 28Gts por minutos, cefazolina 1 I.V STAT, paracetamol I.V y colocación de medias antiembolicas. Al recibir los exámenes de laboratorio más ecografía se pudo evidenciar junto a FUM que tiene un embarazo ectópico derecho de 6 semanas de gestación.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

VALORACION CÉFALO-CAUDAL.

- **Piel:** Turgencia y elasticidad conservada.
- **Cabeza:** Normocefalica. Cabello con buena implantación y distribución sin presencia de lesiones craneales.
- **Oído:** Sin anomalías. Pabellones auriculares simétricos y agudeza auditiva en óptimas condiciones.
- **Cara:** Facies pálidas y sin presencia de cicatrices.
- **Ojos:** Pupilas isocóricas. Buena reacción a los reflejo de la luz.
- **Nariz:** Fosas nasales simétricas.

- **Cuello:** Simétrico, flexible sin presencia de adenopatías.
- **Tórax:** Simétrico, expansible. Apéndice xifoideo prominente, glándulas mamarias normales y campos pulmonares ventilados.
- **Abdomen:** Útero gestante ocupado por feto único, doloroso a la palpación superficial a nivel del hipogastrio.
- **Pelvis:** Al tacto vaginal: Se evidenció leve sangrado transvaginal.
- **Ano:** Perforado y sin lesiones.
- **Extremidades:** En su extremidad superior derecha consta con una vía periférica permeable por donde se realiza la administración de medicación y plan de hidratación. Extremidades inferiores simétricas. No presenta malformaciones, ni edemas distales.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

Peso: 71.8%	Talla: 148cm
--------------------	---------------------

SIGNOS VITALES

Presión arterial	Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura axilar	Saturación de Oxígeno
90/60mmHg	68xmin.	22xmin.	36.1°C	96%

ESCALA DE GLASGOW (AREA DE EMERGENCIA)

Apertura ocular	Respuesta verbal	Respuesta motora	Total
4	5	6	15

SCORE MAMA (AREA DE GINECOLOGIA)

FC	Sistólica	Diastólica	FR	T °	SatO ₂	Estado de conciencia	Proteinuria (+++)
68x min	90	60	22x min	36.1 ° C	96%	Alerta	Negativo

ESCALA DE MORSE (AREA DE GINECOLOGIA)

Antecedentes de caídas	Diagnostico secundario	Ayuda para deambular	Vía venosa	Marcha	Conciencia / estado mental
0	0	0	20	0	20

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).

Patrón 1. Percepción de la Salud

- Paciente de sexo femenino de 21 años de edad con 6 semanas de gestación se encuentra hospitalizada en el área de ginecología donde se espera su satisfactoria recuperación. Por el momento recibe plan de hidratación y la profilaxis apropiada para ser intervenida al quirófano, para una laparotomía exploratoria. Paciente queda bajo vigilancia médica y recibe los debidos cuidados de enfermería.

Patrón 2. Nutricional / Metabólico

- Paciente se encuentra en NPO y está recibiendo plan de hidratación: Cloruro de sodio 0.9% 1.000ml IV a 28Gts. Consta de una vía periférica en su miembro superior derecho por donde se le administra la profilaxis.

Patrón 3. Eliminación e intercambio.

- Realiza 2 deposiciones al día y micción sin tener ninguna dificultad.

Patrón 4. Actividad / Ejercicio

- Paciente se encuentra en reposo total. A la hora de movilizarse necesita asistencia por parte del personal de enfermería.

Patrón 5. Sueño / Descanso

- Paciente refiere que no puede conciliar el sueño por las contracciones que le suelen dar y por el miedo a ser intervenida al quirófano. Menciona que duerme por episodios de 3 a 5 horas.

Patrón 6. Cognitivo / Perceptivo

- Paciente se encuentra consciente, orientado en tiempo y espacio. No presenta dificultad al comunicarse con las demás personas. Tampoco presenta alteraciones perceptivas, pero si dolor a nivel de hipogastrio de tipo contracción.

Patrón 7. Auto percepción / autoconcepto

- Paciente refiere que se siente muy nerviosa y desesperada debido a que nunca ha entrado al quirófano. No presenta signos de bipolaridad, ni problemas conductuales.

Patrón 8. Rol / Relaciones

- Paciente menciona que convive con su esposo, pero que no están casados. Solo se encuentran en unión libre y que tienen una buena relación.

Patrón 9. Sexualidad / Reproducción

- Paciente refiere que su menarquia fue a los 12 años y que sus ciclos menstruales son regulares cada 4 – 6 días consecutivos por mes. Su inicio de vida sexual inició a los 18 años de edad y que ha tenido 3 parejas sexuales. Su FUM fue el 14/07/20, Gestas: 1 Partos: 0 Aborto: 0, ITS: no refiere y que se cuidaba con píldora anticonceptiva o aplicaba el método de ritmo.

Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

- Paciente se encuentra por el momento en estado de tensión y preocupada por estar hospitalizada y tener que ingresar al quirófano para que le practiquen una laparotomía exploratoria debido a su patología.

Patrón 11. Valores / Creencias

- Paciente menciona que su religión es evangélica y que asiste con su esposo a una iglesia cercana de por su casa.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Los siguientes exámenes complementarios se le realizaron a nuestra paciente de 21 años de edad con 6 semanas de gestación después de haber sido hospitalizada. A continuación se procede a detallar los siguientes resultados:

BIOMETRIA HEMATICA			
	RESULTADO	UNIDAD	VAL.REFER
• HEMATÍES	4'363.000	Xmm3	4'000.000-6'000.000
• LEUCOCITOS	11.600	Xmm3	5.000-10.000
• HEMOGLOBINA	12,0	g/dl	12,2-16,0
• HEMATOCRITO	33	%	36,0-42,0
• LINFOCITOS	32	%	20% a 40%
• MONOCITOS	3	%	2-8
• EOSINOFILOS	4	%	1-4
• BASOFILOS	0	%	0-1
• PLAQUETAS	373.000	Xmm3	150.000-400.000

BIOQUIMICOS		
• GLUCOSA	81.8 MG/DL	75.0-115.0
• COLESTEROL	116 MG/DL	HASTA 200
• TRIGLICERIDOS	74 MG/DL	HASTA 150.0

ORINA	
EXAMEN FISICO	
• COLOR	AMARILLO
• ASPECTO	L.TURBIO
• DENSIDAD	1.020
• PH	5.0
EXAMEN QUIMICO	
• SANGRE	NEGATIVO
• UROBILINÓGENOS	NEGATIVO
• PROTEÍNAS	NEGATIVO

HECES	
EXAMEN FISICO	
• COLOR	CAFÉ
• CONSISTENCIA	PASTOSA
EXAMEN MICROSCOPICO	
• PARASITOS	NEGATIVO

• LEUCOCITOS	NEGATIVO
• LEVADURA	NEGATIVO
• FLORA BACT	NORMAL

NIVELES DE HCG DURANTE EL EMBARAZO DURANTE LAS 3 PRIMERAS SEMANAS (UPM)		
HORMONA GONADOTROPINA CORIÓNICA EN SANGRE	19.650 mIU/ml	5 – 50 mIU/ml

ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Al interpretar los resultados de los exámenes de laboratorio se observó que existe un leve riesgo de infección y que debe ser tratada de manera urgente administrando antibióticos. Mientras que en la prueba de Hormona Gonadotropina Coriónica en sangre dio un resultado de 19.650 mIU/ml teniendo en cuenta que sus valores normales en una no embarazada es <5.0 mIU/ml. Como conclusión se diagnostica embarazo ectópico derecho de 6 semanas de gestación.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnostico presuntivo
• EPI (Enfermedad Pélvica Inflamatoria)
• Embarazo ectópico abdominal.
• Aborto espontáneo.
Diagnóstico diferencial
• Endometriosis
• Apendicitis
Diagnóstico definitivo
• Embarazo Ectópico no especificado

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

ANALÍTICA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

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

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

Paciente presenta sangrado moderado transvaginal, síncope y dolor a nivel de hipogastrio de tipo contracción que se irradia a zona lumbar de moderada intensidad. Se ejecutan las siguientes intervenciones: Fluidoterapias, antibioticoterapias y tratamiento farmacológico:

- Cloruro de sodio 0.9% 1.000ml IV a 28Gts por minutos.
- Cefazolina 1 I.V STAT
- Paracetamol 500mg V.O C/ 6 horas.
- Ketorolaco 60mg diluido en 50ml de cloruro de sodio I.V C/8 horas.
- Metronidazol 500Mg I.V C/8 horas.
- Gentamicina 80mg diluido en 50mg de cloruro de sodio al 0,9% 1000ml.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- **Riesgo de alteración de la díada materno/fetal: R/C** – Complicaciones del embarazo. **E/P:** Hemorragias transvaginal.
- **Dolor agudo: R/C** – Agentes lesivos físicos; proceso quirúrgicos. **E/P:** Conducta expresiva, expresión facial del dolor.
- **Deterioro de la movilidad física: R/C:** Agentes lesivos físicos; proceso quirúrgicos. **E/P:** Dolor, ansiedad, apoyo del entorno suficiente, disminución de la fuerza muscular.

NANDA: 00209
NOC: 0413
NIC: 4020



Dominio 8: Sexualidad **Clase 3:** Reproducción
Etiqueta: 00209 **Dx:** Riesgo de alteración de la díada materno/fetal



R/C: Complicaciones del embarazo

E/P: Hemorragias transvaginal

M
E
T
A
S

DOMINIO II: Salud fisiológica

ESCALA DE LIKERT
Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
041307: Sangrado vaginal	X				X
041313: Palidez de piel y mucosas		X		X	
041314: Ansiedad		X			X
041315: Disminución de la cognición		X			X

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

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0413: Severidad de pérdida de sangre



Campo II: Fisiológico complejo

Clase N: Control de la perfusión tisular

Etiqueta 4020: Disminución de la hemorragia



- ACTIVIDADES**
- Control de los signos vitales.
 - Monitorizar la presión arterial y de los parámetros hemodinámicos.
 - Monitorizar el estado hídrico, incluidas entradas y salidas.
 - Monitorización de la función neurológica
 - Organizar la disponibilidad de hemoderivados para transfusión, si fuera necesario.
 - Mantener un acceso I.V permeable.
 - Administración de hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), si está indicado.
 - Evaluar la respuesta psicológica del paciente a la hemorragia y su percepción sobre la situación.
 - Instruir al paciente y/o familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas si se produjeran más hemorragias.

NANDA: 00132
NOC: 2102
NIC: 1400



Dominio 12: Confort **Clase 1:** Confort físico
Etiqueta: 00132 **Dx:** Dolor agudo

E/P: Conductas expresivas, expresión facial del dolor.

R/C: Agentes lesivos físicos; procesos quirúrgicos

DOMINIO V: Salud percibida

Clase V: Sintomatología

Etiqueta 2102: Nivel del dolor

Campo I: Fisiológico básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT
Grave (1) sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
210201: Dolor referido	X				X
210204: Duración de los episodios del dolor		X		X	
210206: Expresiones fáciles del dolor	X			X	
210208: Inquietud		X			X
210222: Agitación		X			X
210224: Muecas del dolor	X			X	

- ACTIVIDADES**
- .Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondiente.
 - Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoren el dolor.
 - Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos específicos.
 - Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función a la respuesta del paciente.
 - Asegurarse que las analgesias y estrategias farmacológicas previas al tratamiento sean las eficaces para el paciente.
 - Proporcionar al paciente un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
 - Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo
 - Enseñar los principios del manejo del dolor la paciente y familiares.

M
E
T
A
S

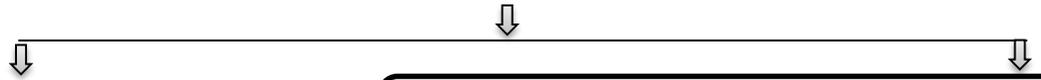
I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S



NANDA: 00085
NOC: 0208
NIC: 0021



Dominio 4: Actividad / Reposo **Clase 2:** Gestión de la salud
Etiqueta: 00085 **Dx:** Deterioro de la movilidad física



R/C: Agentes lesivos físicos; procesos quirúrgicos.

E/P: Dolor, ansiedad, apoyo del entorno insuficiente y disminución de la fuerza muscular.

M
E
T
A
S

DOMINIO I: Salud funcional

ESCALA DE LIKERT
Gravemente comprometido (1) sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)

INDICADORES	Antes			Después	
	1	2	3	4	5
020801: Mantenimiento del equilibrio	X				X
020805: Realización de traslado		X			X
020806: Ambulación		X		X	
020814: Se mueve con facilidad	X			X	

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

Clase C: Movilidad

Etiqueta 0208: Movilidad

ACTIVIDADES

- Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.
- Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas.
- Instruir al paciente / familiar acerca de las técnicas de traslado y deambulación segura.
- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas, silla de ruedas o soporte) para la deambulación, si el paciente presenta inestabilidad.
- Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante un proceso de traslado.
- Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
- Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.

Campo I: Fisiológico básico

Clase A: Control de actividad y ejercicios

Etiqueta 0021: Terapia de ejercicios: ambulación



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

En el siguiente caso clínico se aplica la relación que existe entre el ENFERMERO – PACIENTE – FAMILIA tomando como modelo de referencia la teorizante de Florence Nightingale, la cual se encuentra relacionada con los cuidados aplicados al paciente.

FLORENCE NIGHTINGALE

- **MODELO:** Modelo de interacción entorno paciente.
- **TEORIA:**
 - Interacción entorno – paciente.
 - Cuidados preventivos, humanísticos.
 - Crea la teoría, técnica y competencias propias.
 - Formula el código de ética.
- **ROL:** Crea conocimientos científicos y técnicos para mejorar la calidad de vida.
- **OBJETIVOS.**
 - Facilita el proceso de relación del organismo manipulando el entorno del paciente.
 - Proporciona al paciente el mejor entorno posible.
- **ESTRUCTURA DE LA PRACTICA**
 - Se manipula el entorno del cliente, para incluir el ruido, nutrición, higiene, luz, comodidad, socialización y esperanzas.

2.8 SEGUIMIENTO

Recibo paciente de sexo femenino de 21 años de edad con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico derecho de 6 semanas de gestación, por presentar un cuadro clínico conformado por sangrado moderado transvaginal más o menos de 24 horas de evolución, sensación de desmayo y dolor a nivel de hipogastrio de tipo contracción.

Al momento de ser hospitalizada se realizó la toma de constantes vitales:

- **Presión arterial:** 90/60mmHg
- **Frecuencia cardiaca:** 68xmin
- **Frecuencia respiratoria:** 22xmin
- **Temperatura axilar:** 36.1°C.

A la hora de la entrevista paciente nos menciona que su ciclo menstrual se había retrasado aproximadamente hace 1 mes y 2 semanas. Antes los principales aspectos clínicos, se le realizó la prueba de Hormona Gonadotropina coriónica humana en sangre, dando como resultado embarazo positivo. Además medico solicitó ecografía, exámenes de biometría hemática, química sanguínea y uro análisis.

Inmediatamente se realizó la administración de medicamentos por parte del personal de enfermería:

- Cloruro de sodio 0.9% 1.000ml IV a 28Gts por minutos.
- Cefazolina 1 I.V STAT
- Paracetamol 500mg V.O C/ 6 horas.
- Ketorolaco 60mg diluido en 50ml de cloruro de sodio I.V C/8 horas.
- Metronidazol 500Mg I.V C/8 horas.
- Gentamicina 80mg diluido en 50mg de cloruro de sodio al 0,9% 1000ml.

También se realizó las siguientes intervenciones de enfermería:

- NPO.
- Colocación de las medias antiembolicas.
- Cambio de pañal en gestante si es necesario.

- Score mama C/8 horas.
- Vigilar si en las próximas horas hay presencia de sangrado vaginal.
- Control de los signos vitales.
- Eco obstétrico.

A la hora de ser intervenida al quirófano tuve la oportunidad de asistir y ver los procedimientos que se le realizó de principio a fin durante la cirugía de laparotomía exploratoria.

Procedimientos realizados en el quirófano:

- Asepsia y antisepsia.
- Incisión descrita.
- Profundización roma hacia cavidad pélvica.
- Limpieza de cavidad con compresas y solución.
- Útero 1,1X´
- Hemoperitoneo aproximadamente 200ml entre solución y compresas.
- Identificación, pinzamiento, sección de porción tercio medio de trompa derecha con presencia de masa ectópica aproximadamente 3 x 3cm con infiltrado hemático.
- Ligadura de extremos proximales de trompa diseccionada.
- Limpieza de cavidad con 1.000ml de solución salina.
- Control de hemostasia.
- Resto de anexos y ovarios normales.
- Sangrado transquirurgico mínimo y sin complicaciones.

Luego de que finalizó la cirugía de laparotomía exploratoria con total éxito, pasa al area de post operatorio donde medico evalua al estado del paciente y prescribe:

- NPO por 4 horas. Luego ingerir liquidos a tolerancia.
- Control de sangrado y aposito.
- Score mama cada 15 min por dos horas.
- Solucion salian 0.9% 1000ml I.V a 125ml/h
- Ceftriaxona 1g IV C/ 12horas.
- Ketorolaco 60mg I.V C/8 horas

- Paracetamol 1g I.V C/8 horas.
- Ranitidina 50mg IV C/12 hora.
- Balance Hidrico durante las primeras 24 horas.
- Mantener sonda vesical por 10 horas.
- Limpiar incisión quirurgica y cambio de aposito 3 veces al dia.

Con el transcurso de los días medico ordenó retirar la sonda vesical. También se descartó la Metronidazol 500mg I.V C/8 horas y Gentamicina 80mg que se diluía en equipo de venoclisis en 50mg de cloruro de sodio al 0,9% 1000ml debido a que se volvió a realizar una biometría hemática donde se evidenció que la infección había cedido. No obstante, medico ordenó continuar con Ceftriaxona para tomar las debidas precauciones de que no reaparezca la infección.

Gracias a la administración de medicamentos y los cuidados brindados por parte del personal de enfermería se pudo observar un avance significativo. Motivo por el cual medico valora la evolución del paciente encontrándolo en condiciones estables e indica alta médica, prescribiéndole tratamiento farmacológico y reposo durante unos días.

2.9 OBSERVACIONES

Paciente de 21 años de edad con diagnóstico de embarazo ectópico derecho de 6 semanas a quien se le realizó una laparotomía exploratoria y que se le brindó los pertinentes cuidados de enfermería en el área de hospitalización de ginecología.

No ha presentado complicaciones después de la cirugía, ni tampoco se ha descompensado. Por el momento se encuentra hemodinamicamente estable, colaboradora con el personal de enfermería y más tranquila al saber que todo ha salido bien y que ha tenido un avance significativo en cuanto a la recuperación gracias a las intervenciones de enfermería que se le ha brindado durante su hospitalización.

CONCLUSION

Por medio de la elaboración de este caso clínico puedo concluir que durante mi proceso de estudio enfocado en una paciente de 21 años de edad con un diagnóstico definitivo de embarazo ectópico de 6 semanas se evidenció que uno de los patrones disfuncionales a tratar sería el afrontamiento y tolerancia al estrés. Debido a que se encuentra muy nerviosa porque nunca ha estado hospitalizada, ni ha sido intervenida a ninguna cirugía.

Inmediatamente se procedió a la elaboración del PAE con el único objetivo de recuperar, restaurar y conservar la salud del paciente. Utilizando como base esencial las taxonomías NANDA, NIC y NOC para su satisfactoria recuperación. Por último, también se efectuó la correcta administración de medicamentos prescrito por el médico, obteniendo la mejoría de la paciente con el pasar de los días, logrando conseguir los objetivos establecidos, metas propuestas y resultados esperados tanto en la cirugía como en el post operatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Castro, F., & Maldonado, M. (12 de 02 de 2019). Embarazo ectópico. *Revista Ginecologica y Obstetrica*, 377-385.
- Dolores, S., & Sizco, M. (2018). Diagnostico y tratamiento en el embarazo ectopico. *Revista Ginecologica de España*, 23-27.
- MayoClinic. (2020). Manifestaciones clinicas y tratamientos de la preeclampsia. *Mayo Clinic Healthy Living*, 2-6.
- MSP. (2017). Embarazo Ectopico. *Orientaciones metodologicas para el manejo y control en todo el sistema de salud de las mujeres con embarazo ectopico y sus complicaciones*, 2-7.
- Navarro, J., Artacho, J., & Addi, M. (2018). Embarazo ectopico. *Revista de Ginecologia y Obstetricia*, 3-17.
- OMS. (12 de Junio de 2019). *OMS: Embarazo Ectopico* . Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es>
- Ruiz, O., & Ortega, R. (2016). *Embarazo ectópico: caso reportado en Ambato (Ecuador)*. Hospital Básico Central de Ecuador, Departamento de Gineco-Obstetrica. Ambato: Editorial universitaria de Quito.
- Sandoval, J., Hernández, A., & Mora, J. (20 de 11 de 2018). Embarazo ectópico:. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina*, 1-9.
- Santamaría, E., & Sánchez, M. (2017). EMBARAZO ECTÓPICO Y TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. *Sociedad Española de Ginecologia y Obstetricia*, 2-9.
- Vive, C., & Anderss, S. (2017). Complicaciones en el embarazo. *Revista Medica Chilena de Ginecologia y Obstetricia*, 12-22.

ANEXOS



Imagen 1. Administración de medicamentos por vía periférica de 3 pasos.



Imagen 2. Verificación de vía periférica a ver si se encuentra permeable antes de administrar medicación I.V





Imagen 5. Consentimiento informado, firmado por el paciente para aceptar la cirugía.

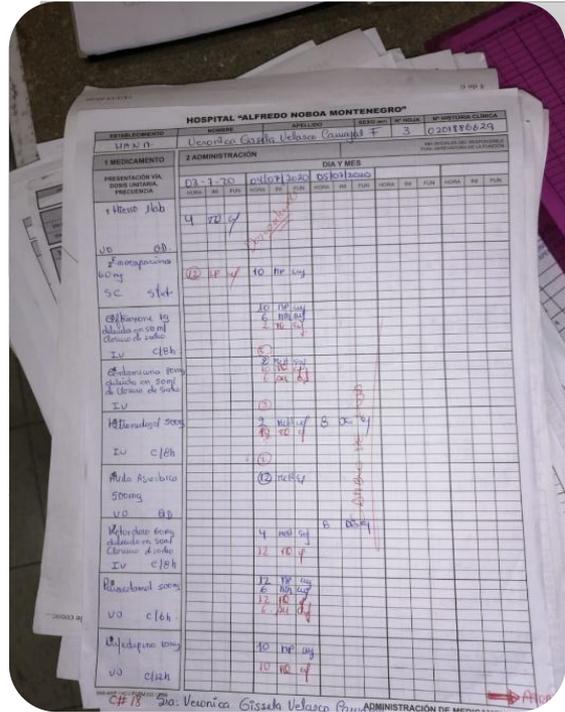


Imagen 6. Hoja de Kardex con la medicación a administrar.

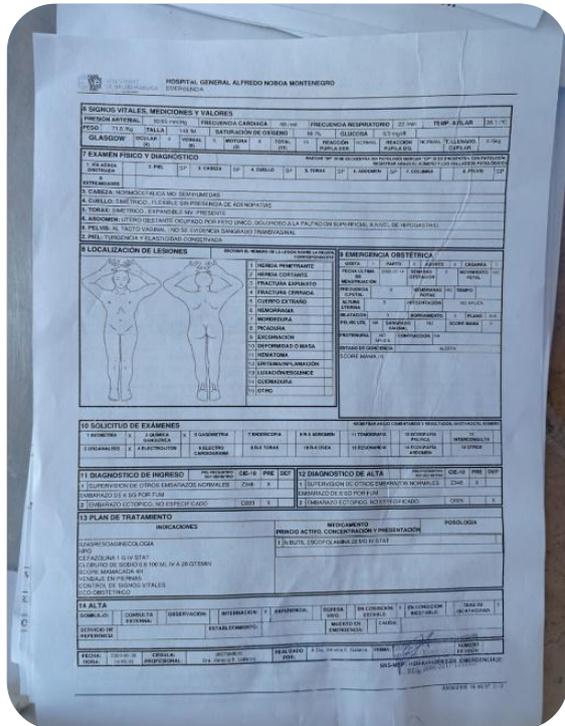


Imagen 7. Hoja 008 de enfermería con los resultados de la valoración a nuestra paciente.

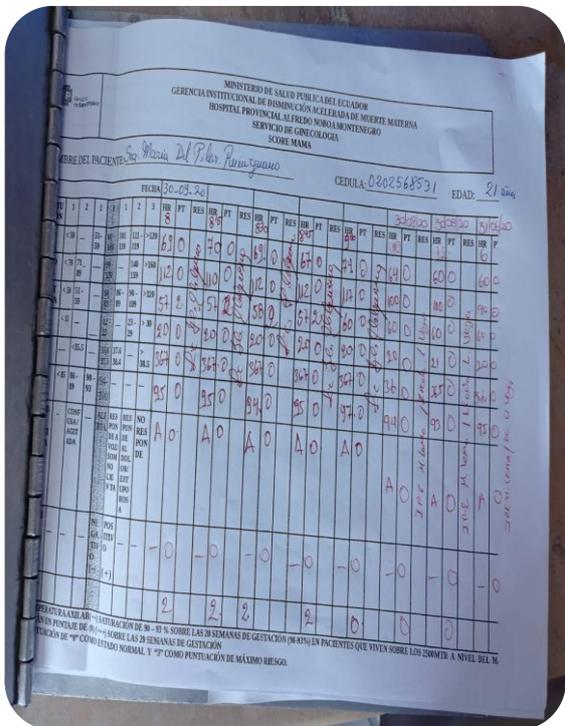


Imagen 8. Seguimiento y control de las constantes vitales mediante el Score mama