

Categoría: Congreso de la Fundación Salud, Ciencia y Tecnología 2024

ORIGINAL

Nursing care in complicated ectopic pregnancy.

Cuidados de enfermería en embarazo ectópico complicado.

Maybee Cayanchira-Domínguez¹, Lic. Iveth S. Sicha-Cueto¹, María Teresa Cabanillas-Chavez¹, Wilter C. Morales-García¹.

¹Unidad de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

Citar como: Cayanchira-Domínguez M, Sicha-Cueto IS, Cabanillas-Chavez MT, Morales-García WC. Nursing care in complicated ectopic pregnancy. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2024;2:216.

Recibido: 16-12-2023

Revisado: 24-02-2024

Aceptado: 04-04-2024

Publicado: 07-04-2024

Editor: Rafael Romero-Carazas 

ABSTRACT

Introduction: Ectopic pregnancy is the implantation of the embryo that occurs outside the endometrial lining of the uterine cavity: in the fallopian tube, the uterine interstitium, the cervix, the ovary or the abdominal or pelvic cavity. Ectopic pregnancies are also known as tubal pregnancies, these in turn can cause an acute abdomen with vital compromise of the patient if not intervened in a timely manner. **Objectives:** To describe nursing care in complicated ectopic pregnancy. **Methodology:** A qualitative study was carried out, with a unique clinical case design based on the Nursing Care process (PAE), applying Maryori Gordon's functional pattern assessment guide as an instrument to a 34-year-old obstetric patient. **Results:** 7 nursing diagnoses were identified, of which the diagnosis was prioritized. Acute pain r/c physical injurious agents' m/p facial expression of pain, expressive behavior. The interventions performed were satisfactory, the patient was able to reduce the intensity of pain; however, in the case of hemorrhage, the results are still indefinite due to the few hours of intervention and evaluation. **Conclusions:** The clinical characteristics of the patient corresponding to complicated ectopic pregnancy and the risk factors that increase possible complications were identified. The care was administered observing improvement in the altered patterns, all framed in the nursing process and thus allowing us to provide timely and quality care.

Keywords: Patient, Nursing care, Complicated ectopic pregnancy

RESUMEN

Introducción: El embarazo ectópico es la implantación del embrión que se produce fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina: en la trompa de falopio, el intersticio uterino, el

cérvix, el ovario o la cavidad abdominal o pélvica. Los embarazos ectópicos también se conocen como embarazos tubáricos, estos a su vez pueden provocar un cuadro de abdomen agudo con compromiso vital de la paciente si no se interviene de manera oportuna. **Objetivos:** Describir los cuidados de enfermería en el embarazo ectópico complicado. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo, con diseño de caso clínico único que se basa en el proceso de Atención de Enfermería (PAE) aplicando como instrumento la guía de valoración por patrones funcionales de Maryori Gordon a una paciente obstétrica de 34 años de edad. **Resultados:** Se identificó 7 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizó el diagnóstico. Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p expresión facial del dolor, conducta expresiva. Las intervenciones realizadas fueron satisfactorias, la paciente logró disminuir la intensidad de dolor; sin embargo, ante el PC hemorragia los resultados aún son indefinidos debido a las pocas horas de intervención y evaluación. **Conclusiones:** Se identificó las características clínicas de la paciente correspondiente a embarazo ectópico complicado y de los factores de riesgo que incrementan las posibles complicaciones. Se administraron los cuidados observando mejoría en los patrones alterados, todo enmarcado en el proceso enfermero y así nos permite brindar un cuidado oportuno y de calidad.

Palabras claves: Paciente, Atención de enfermería, Embarazo ectópico complicado

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina, se reconoce como factor etiológico a la lesión tubárica secundaria, inflamación y causas ovulares, responsables de la mala implantación. (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2020). El presente estudio tiene la finalidad de dar a conocer los cuidados administrados a pacientes con embarazo ectópico complicado.

Cabe resaltar que la incidencia de esta patología ha ido en aumento; en el mundo actualmente se presenta de 1 a 2 % de todos los embarazos. En los Estados Unidos se estima que el 1.4% del total de los embarazos corresponde a su modalidad ectópica; en el Reino Unido, se contabilizan 30 mujeres con embarazo ectópico al día, esto corresponde aproximadamente a 12 000 casos al año. (Layden, 2020)

Por otra parte, en Cuba la razón de muerte materna por esta afección, se comportó aproximadamente en 40 por cada 100 000 nacidos vivos, constituyendo el embarazo ectópico la principal causa. (Fernández, 2016).

Dentro de este marco en Perú, son pocos los estudios realizados respecto al embarazo ectópico. Cortés Peña, entre los años 1948 y 1952, encontró una incidencia de 0,16 %. Posterior se encontró en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, que la incidencia de embarazos ectópicos es de 1 en 767 embarazos, en el Instituto Materno Perinatal fue de 3.3 en 1 000 embarazos. En este sentido (Zapata, 2015) plantea que la incidencia de embarazo ectópico fue 0,63% o 1 de cada 157 partos. En definitiva, se encontró que el 54% fueron embarazos ectópicos complicados; además el 89% tuvo localización tubárica. (Salcedo, 2018) Señala que, en los últimos 20 años en el Hospital Regional de Ayacucho, la incidencia de embarazos ectópicos, mantuvo un aumento significativo de casos, en cuanto a la frecuencia se incrementó seis veces y la incidencia fluctúa entre 1 a 2 % de todos los nacimientos registrados en dicho nosocomio. De acuerdo a lo expuesto este estudio se hace interesante porque se necesita conocer, profundizar, sobre los factores de riesgo, causas y los cuidados de enfermería en el embarazo ectópico complicado. Teniendo en cuenta esta premisa, (Quispe, 2019) resalta que los factores asociados al embarazo ectópico; son madres solteras y convivientes, que tengan edades entre 21 a 30 años, nivel superior de estudios alcanzado, multiparidad, inicio precoz de relaciones sexuales y uso de Levonorgestrel. (Salcedo,

2018) resalta que los embarazos ectópicos se asocian a presencia de infección de transmisión sexual, antecedentes de aborto, haberse sometido a bloqueo tubárico bilateral y antecedente de la patología en estudio.

Teniendo en cuenta a (Galarza 2011) menciona que la fecundación del ovulo se efectúa en la trompa de falopio, pero su implantación tiene lugar en el útero. Sin embargo, existen ciertas causas que pueden conllevar a una obstrucción de la trompa o daño en la motilidad tubárica; el ovulo puede desplazarse lentamente o incluso puede quedar atascado en su trayecto, lo cual conllevaría a que el ovulo fecundado no llegue al útero, debido a que en la gran mayoría de los casos el embrión se adhiere a la mucosa de la trompa de falopio y se encaja activamente en el revestimiento de las mismas, dando resultado que se produzca un embarazo ectópico.

La presente investigación, es un estudio cualitativo, donde la importancia es favorecer la relación terapéutica, satisfacer las necesidades y brindar cuidados a pacientes con embarazo ectópico, ya que enfermería es el primer contacto que tienen después de recibir el diagnóstico médico, además que existe comunicación ante situaciones difíciles, de confidencialidad, donde se establecen relaciones con el paciente y familiares, de modo que permita a la enfermera favorecer la relación. (Mastrapa, 2016)

Tras el diagnóstico de una patología, como es el caso del embarazo ectópico, las pacientes generalmente están frente a un evento que complica el proceso y desarrollo de la gestación. Para los casos de embarazo ectópico el tratamiento de elección siempre será la cirugía, así como la hidratación y algunos oxitócicos indicados por el facultativo, sin embargo, debido a los cambios potenciales que se producen luego de una laparotomía exploratoria, se pueden manifestar dolor agudo y riesgo de complicación de hemorragia. También se hace necesario la experticia del profesional de enfermería especialista en ginecología y obstetricia para la atención oportuna y asertiva de casos como el embarazo ectópico.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Describir los cuidados de enfermería en el embarazo ectópico complicado.

Objetivos Específicos.

Conocer los factores de riesgo, tratamiento y complicaciones del embarazo ectópico.

Exponer las medidas preventivas de hemorragia en paciente con embarazo ectópico complicado.

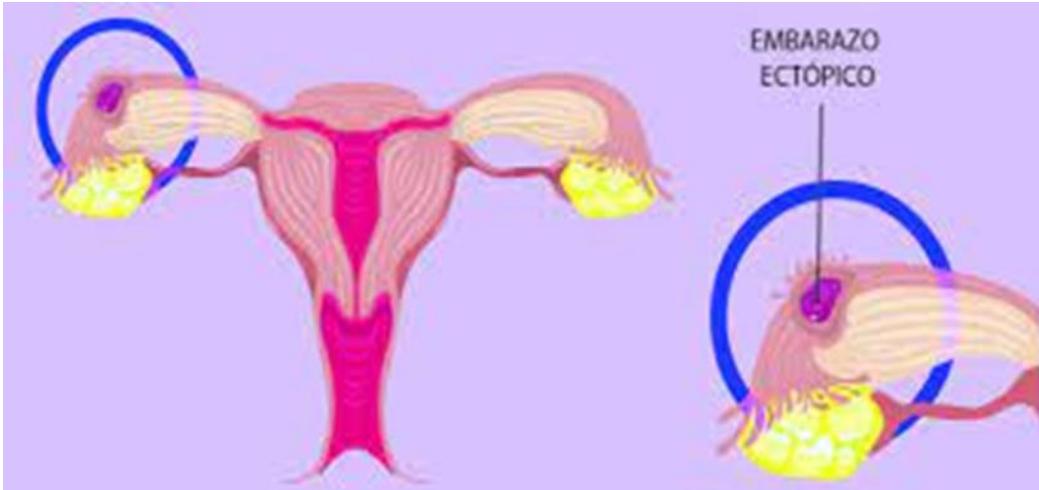
Describir el rol de enfermería en la atención del dolor en paciente con embarazo ectópico complicado.

Elaborar un plan de cuidados de Enfermería basado en una paciente con embarazo ectópico complicado, utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC, y el manual de problemas de colaboración de Lynda Juall Carpenito.

MARCO TEÓRICO

Embarazo ectópico

Se denomina así, a toda gestación localizada fuera de la cavidad uterina. La incidencia en la población general representa alrededor de 2 % de todos los embarazos. Es usualmente diagnosticada en el primer trimestre del embarazo, siendo la edad gestacional más común entre las 6 a 10 semanas. (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018)



Fuente: Reproducción asistida ORG. Embarazo ectópico, por Silvia Azaña Gutiérrez

Clasificación

Formas clínicas:

- Tubárica (O00.1)
- Ovárico (O00.2)
- Abdominal (O00.0)
- Cornual, cervical (O00.8)

La localización más frecuente es la tubárica, que representa alrededor del 95 %; de esta la ampular ocupa el 75 %. Otras localizaciones son la ovárica, abdominal, y cervical. (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018)

Signos y síntomas

La triada clásica:

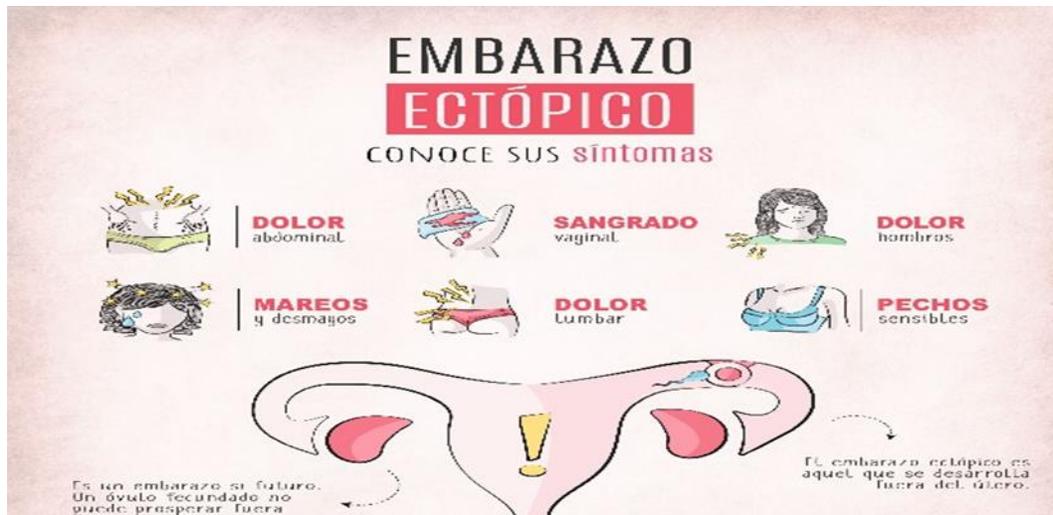
Dolor abdominal bajo

Amenorrea

Sangrado vaginal irregular

Los hallazgos al examen físico pueden revelar una alteración en los signos vitales como taquicardia o cambios ortostáticos, pudiendo llegar a la hipotensión marcada y shock; otros hallazgos típicos son el dolor a la movilización cervical y la presencia de masa anexial.

Los dos exámenes auxiliares más importantes para el diagnóstico de embarazo ectópico son la ecografía pélvica transvaginal y los niveles séricos de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG). La sensibilidad y especificidad de la combinación de estos dos exámenes está en el rango de 95 % a 100 %. (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018)



Fuente: Institutobernabeu.com

Factores de riesgo:

El embarazo ectópico se ha duplicado en la mayor parte de los países industrializados y representa una de las principales causas de muerte materna.

Con respecto a los factores de riesgo que pueden causar este problema incluyen: defecto congénito en las trompas de falopio, cicatrización después de una ruptura del apéndice, endometriosis, haber tenido un embarazo ectópico antes, 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, haber tenido múltiples compañeros sexuales, infecciones de transmisión sexual (ITS) y algunos tratamientos para la esterilidad.

Fisiopatología del embarazo ectópico:

Con respecto a la fisiopatología podemos mencionar que, en el embarazo ectópico el trofoblasto 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 la barrera decidual escasa y el poder erosivo del trofoblasto, el huevo está "condenado" a perecer.

Debe señalarse que 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).

Así mismo las causas de esta implantación fuera del sitio normal pueden deberse a factores tubáricos y ovulares que ocasionen: retraso, desviación o imposibilidad de la migración del huevo y anticipación de la capacidad de implantación del huevo.

En efecto estas alteraciones hormonales producen disminución de la motilidad tubárica, lo que ocasiona el crecimiento del cigoto antes de llegar al endometrio, quedando retenido en la trompa. Estas alteraciones están dadas por diferentes niveles de estrógeno y progesterona en sangre, que cambian la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero. (Fernandez Arenas, 2011)

Tratamiento:

Tratamiento expectante. - Es una opción para mujeres con embarazo ectópico temprano, no roto; que cumpla con las siguientes condiciones:

Paciente hemodinámicamente estable sin hemorragia activa o signos de hemoperitoneo, masa anexial menor de 3 cm de diámetro, ecográficamente inerte (masa heterogénea sin presencia de saco y embrión, y flujo ausente, b-HCG menor de 1000 mUI/ml. Las pacientes que cumplen los criterios para manejo expectante, de preferencia, deben ser hospitalizadas para repetir un nuevo control de B-HCG a las 48 horas y, además, tras confirmar su estabilidad hemodinámica, ser dadas de alta. Posteriormente, el control de B-HCG será semanalmente, hasta su negativización.

Tratamiento médico. - El uso de metotrexate es una alternativa a la cirugía en mujeres con embarazo ectópico no roto, que cumpla con las siguientes condiciones:

Paciente hemodinámicamente estable sin hemorragia activa o signos de hemoperitoneo, masa anexial ecográficamente menor de 3,5 cm de diámetro sin evidencia de actividad cardíaca embrionaria, b-HCG menor de 5000 mUI/ml, ausencia de líquido libre o menor de 100 ml. en fondo de saco posterior a la ecografía, ausencia de patologías coadyuvantes que contraindiquen el uso de metotrexate.

Cabe considerar, por otra parte, que el metotrexate puede ser usado bajo dos esquemas: El de dosis múltiple y el de dosis única. Debido a que la tasa de éxito es similar en ambos casos (90 %), optamos por usar el de dosis única por su baja toxicidad, fácil administración y bajo costo. Por consiguiente, se administra 50 mg por m² de superficie corporal, por vía intramuscular profunda. Es importante recalcar que las siguientes condiciones son contraindicación para recibir metotrexate: inmunodeficiencias, alcoholismo crónico, enfermedades renales, enfermedades hepáticas, enfermedades pulmonares activas, discrasias sanguíneas, úlcera péptica. Por ello, toda paciente que reciba un esquema de metotrexate previamente, debe contar con hemograma completo, perfil de coagulación, perfil hepático y perfil renal normales. Las pacientes que cumplan los criterios para recibir metotrexate deberán ser hospitalizadas en un servicio que cuente con equipo de monitoreo de signos vitales y personal capacitado en reconocer signos de descompensación hemodinámica temprana.

El primer control de B-hCG se realizará al 4^o día post metotrexate, el cual debe evidenciar una caída de más del 15 % de su valor inicial. Adicionalmente se realiza una medición al 7^o día, el cual debe evidenciar una caída de más del 25 % de su valor inicial, asociado a un primer control ecográfico transvaginal.

Posteriormente, se realizará seguimiento con B-hCG semanal hasta su negativización. De no cumplirse estos parámetros, se puede optar por una segunda dosis de metotrexate o pasar a manejo quirúrgico. No se recomienda el dosaje temprano de B-hCG post metotrexate (2do - 3er día), porque este tiende a incrementarse en los primeros días por efecto del tratamiento (lisis celular).

Tratamiento quirúrgico. - Es el tratamiento de elección, el cual puede ser abordado por laparotomía o laparoscopia, si se cuenta con equipo o personal capacitado en su uso. Siendo la trompa el sitio de localización más frecuente, vamos a referirnos al manejo quirúrgico de esta.

Manejo quirúrgico conservador (salpingostomía). - Es el método de elección en mujeres que desean preservar su fertilidad y que cumplan las siguientes condiciones:

Paciente hemodinámicamente estable, masa anexial ecográficamente menor de 4 cm de diámetro, comprobado en el intraoperatorio, trompa intacta o con destrucción mínima en el intraoperatorio. Es importante mencionar que, para la realización de la salpingostomía, lo más importante es el tamaño de la masa anexial y el estado de la trompa; y es independiente de la presencia de actividad cardíaca embrionaria y de los niveles de B-hCG.

El primer control de B-hCG se realiza 24 horas post salpingostomía, el cual debe haber disminuido 50 % o más de su valor inicial; ello predice una tasa global de éxito de 85 %, y bajas tasas de embarazo ectópico persistente.

Posteriormente se realizará seguimiento con β -hCG semanalmente hasta su negativización. Si en el curso del seguimiento se presentara una meseta o incremento del nivel de β -hCG, se puede optar por administrar una dosis de metotrexate de acuerdo con el manejo médico.

Manejo quirúrgico radical (salpingostomía). - Es la remoción total o segmentaria de la trompa de falopio. Es preferible desde un punto de vista puramente quirúrgico, porque se garantiza la hemostasia lo mismo que la extracción de los productos de la concepción de una manera que no puede ofrecer el tratamiento quirúrgico conservador. En pacientes que se encuentran hemodinámicamente estables, la salpingectomía debe ser considerada de primera opción, si se presentan las siguientes condiciones: Masa anexial ecográficamente mayor de 4 cm de diámetro y presencia de líquido libre a la exploración ecográfica.

Complicaciones

Con respecto a las complicaciones; el embarazo ectópico representa una emergencia obstétrica dada la alta probabilidad de ruptura tubárica que derivaría en pérdida sanguínea que de no manejarse a tiempo podría llegar a la muerte materna. Aún si no se suscitara la muerte de la madre, la lesión tubárica podría ser grave e irreversible, comprometiendo la fertilidad de la paciente (Orellana, 2016)

Así mismo en caso de ruptura de las trompas de falopio, puede dar lugar a la creación de hemorragias en la cavidad abdominal, así como choques y colapsos circulatorios, anemia, shock y sepsis de la herida quirúrgica (Llorente, 2007)

Cuidados de enfermería en embarazo ectópico.

Valoración cefalo caudal de la paciente

Mantener en reposo absoluto

Monitoreo hemodinámico

Canalizar vía periférica con un adecuado calibre N.º 18

valoración del dolor

Precauciones con la hemorragia.

Prevenir riesgo de sangrado

Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar a la paciente.

Comprobar las indicaciones médicas en cuanto al tratamiento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Comprobar alergias

Registrar respuesta a analgésico y cualquier efecto adverso.

Brindar cuidados de enfermería según guía y protocolo del servicio

Efectivizar exámenes auxiliares según protocolo.

Instruir a la paciente y familia acerca de los signos de hemorragia.

Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Dolor Agudo.

De acuerdo a la (OMS,2005), define “Al dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial y lo reconoce como un problema de salud mundial.”

Desde el punto de vista (Herdman & Kamitsuru, 2018), denominan el dolor agudo como la “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el estudio del dolor); de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de 3 meses”.

Consecuentemente (Kosier, 2015), atribuye que el dolor es una sensación desagradable y muy personal que no puede compartirse con otros, puede ocupar todo el pensamiento de una persona, dirigir todas las actividades y cambiar la vida. El dolor agudo está siendo considerado actualmente como una situación

que merece anticipación, tratamiento inmediato siendo un problema de alta prioridad y representa un peligro fisiológico como psicológico para la salud.

De acuerdo con (Caballero, 2018) refiere que “el dolor agudo es una lesión tisular real o potencial identificable, ocasionado por estímulos nocivos desencadenantes por heridas de la piel”.

Características Definitoria

Teniendo en cuenta a (Herdman & Kamitsuru, 2018) basado en la taxonomía II de NANDA, el estudio de dolor agudo se caracteriza por los siguientes:

“Autoinforme de características del dolor utilizando instrumentos estandarizados, autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas de dolor, cambio de parámetro fisiológicos, cambios en el apetito, centrado en sí mismo, conducta defensiva, conducta expresiva, conducta protectora, conductas de distracción, desesperanza, diaforesis, dilatación pupilar, expresión facial de dolor, postura para aliviar el dolor, evidencias mediante pruebas estandarizadas del dolor para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente”. (pág. 468)

Sin embargo, el problema del dolor, identificado en la paciente fueron: expresión facial de dolor y referencia de dolor intenso (8/10), según EVA (Escala visual analógica); estas características señalaron el problema de dolor agudo.

Desde el punto de vista de la valoración, el profesional de enfermería tiene que ver el tema de dolor como un asunto muy importante a tratar, dado que permanece más tiempo con los pacientes realizando intervenciones o simplemente hablando con ellos sobre su estado de salud.

Es necesario mencionar que, aunque el dolor se evalúe de forma subjetiva y a través de escalas del dolor, se hace necesario la observación, sobre todo de los gestos, muecas y expresiones faciales, pues de esta manera, además de toda la información verbal que la paciente pueda brindar; se realizara el análisis crítico de estos datos para emitir el juicio clínico correspondiente.

Factores relacionados

Teniendo en cuenta a (Herdman & Kamitsuru, 2018) basado en la taxonomía II de NANDA, se mencionará los siguientes factores relacionados: agente químico lesivo, lesión por agentes biológicos, lesión por agentes físicos.

Evidentemente la paciente del problema en estudio, se le realizó una laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado.

Etiología.

Acerca de las causas, existen una serie de factores que predisponen a los embarazos ectópicos. A pesar de ello, en una tercera parte o hasta la mitad de los embarazos ectópicos, no se identifican factores de riesgo predisponentes. En teoría, cualquier cosa que dificulte la migración del embrión hacia la cavidad endometrial podría predisponer a las mujeres a la gestación ectópica.

Entre las principales causas de embarazos ectópicos en la actualidad se encuentran las infecciones tubáricas, especialmente por Chlamydia Trachomatis y el uso cada vez más frecuente de técnicas de reproducción asistida. (De la paz et al, 2013)

Tipos de dolor

Dolor de espada: Es uno de los principales problemas en la actualidad. De hecho, se estima que nueve de cada diez personas padecerán dolor de espalda en algún momento de su vida.

Dolor reumatológico: Engloba a los dolores que aparecen en el aparato locomotor. Las enfermedades más comunes son la artritis, la artrosis, el dolor lumbar, la osteoporosis.

Dolor traumatológico: Aparece cuando el paciente ha sufrido un traumatismo que le ha provocado un esguince, una rotura o una luxación.

Dolor oncológico: Es habitual que el paciente presente el llamado dolor irruptivo.

Dolor neuropático: Descargas eléctricas, sensación de hormigueo, picor, quemazón en la zona, pinchazos y agujetas, presión.

Dolor abdominal: Se trata de un síntoma poco específico y que puede estar ocasionado por muchos problemas dentro del aparato digestivo. En ocasiones es un síntoma que refiere problemas que ocurren en otras partes del cuerpo.

Dolor ginecológico: Su espectro va desde el dolor agudo al crónico.

Dolor postoperatorio: Se trata de un dolor agudo que tiene una duración determinada en el tiempo

Fisiología del dolor

Acerca de la fisiología podemos mencionar que, el dolor que experimenta un individuo es el resultado de una interacción de múltiples variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales. (Melzack et al, 1985) considera que la interacción de dichas variables determina un sistema funcional cerebral que ha denominado neuro matriz, que sería el responsable de dar unas características personales a la percepción dolorosa

Visto de esta forma la mayoría de los nociceptores tiene la propiedad de aumentar su respuesta a la estimulación repetida. Este fenómeno se denomina sensibilización periférica y puede ser de dos tipos: auto sensibilización, cuando se debe a la acomodación de la membrana, o hetero sensibilización, cuando se debe a la acción de sustancias químicas (serotonina, bradiquinina, histamina, prostaglandinas, leucotrienos y sustancia P) presentes en la zona de lesión. La sensibilización por estas sustancias produce hiperalgesia (mayor sensación de dolor del llevado por la señal nociceptiva), la hiperalgesia se clasifica como primaria cuando la sensibilización se produce en el sitio del daño tisular y secundaria, que implica incremento de la sensibilidad extendida más allá del sitio del daño. La hiperalgesia primaria está mediada por mecanismos de inflamación periféricos y la secundaria por hiperactividad central.

Cabe resaltar que las segundas neuronas pueden sufrir cambios en la expresión de genes y modificaciones funcionales duraderas por su estimulación repetida, lo que produce dolor con estímulos que no son dolorosos. Este fenómeno se conoce como alodinia. Las neuronas aumentan progresivamente su respuesta por la actividad de receptores de glutamato. Este tipo de sensibilización se denomina sensibilización central y como se ha mencionado antes puede provocar también hiperalgesia secundaria.

Por consiguiente, el tálamo juega un papel fundamental en la percepción del dolor. Su lesión produce el llamado síndrome talámico que se manifiesta por ataques de dolor espontáneo y de gran intensidad del hemicuerpo contralateral. Además, no sólo participa en el procesamiento sensorial del dolor sino también en la modulación afectiva del mismo.

Tratamiento:

Tratamiento no farmacológico

Recogiendo lo más importante, existen dolores que pueden aliviarse, al menos en parte, tales como:

Reposo, resulta evidente que el movimiento de una extremidad lesionada incrementa el dolor. Sin embargo, no puede aplicarse de forma universal la máxima de que el reposo es un buen remedio para el dolor. De hecho, en algunos dolores crónicos, si la ausencia de movimiento es prolongada puede ocasionar atrofiar musculares que perpetúan la sensación dolorosa, tal como ocurre por ejemplo en la lumbalgia.

Termoterapia, tanto la aplicación de calor como la de frío pueden ayudar a aliviar el dolor. En general se recomienda la aplicación de frío en los dolores agudos y con componente inflamatorio (traumatismos, esguinces, picaduras, edemas) y el empleo de calor en los dolores subagudos y crónicos (artropatías, contracturas).

Masajes, aplicados por fisioterapeutas pueden ayudar a disminuir la sensación dolorosa porque favorecen tanto el drenaje como la relajación muscular y mejoran la flexibilidad, aportando beneficios psicológicos. Otros tipos de masaje pueden incluso resultar perjudiciales, ya que la falta de formación de quien los aplica puede provocar que empeoren las lesiones que ocasionan el dolor.

Electroestimulación, la técnica más utilizada es el TENS, que ha mostrado ser eficaz en diferentes tipos de dolores al inhibir la actividad de las fibras nociceptivas. No suele conseguir una analgesia completa, pero puede resultar útil como método complementario, aunque su eficacia parece disminuir a lo largo del tiempo.

Ultrasonidos, puede disminuir la inflamación y facilitar la regeneración tisular, además aumenta la temperatura a nivel local y con todo ello puede contribuir a elevar el umbral del dolor.

Acupuntura, es eficaz para aliviar el dolor y disminuir el consumo de analgésicos, es necesario realizar más estudios que permitan determinar para que patologías puede estar indicada.

Tratamiento farmacológico

Hay que destacar el uso de analgésicos, también pueden emplearse coadyuvantes tales como:

- Paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos. Constituyen la primera línea en el tratamiento farmacológico del dolor y son, por ello, el grupo de fármacos de mayor consumo.

Su mecanismo de acción se basa en la inhibición de la ciclooxigenasa (COX), suelen ser eficaces para tratar los dolores más habituales y a las dosis recomendadas y en tratamientos cortos son bastante seguros.

Una norma básica es que estos medicamentos deben utilizarse a la menor dosis a la que sean suficientes para eliminar el dolor. Aumentar las dosis no implica necesariamente que se incremente la eficacia analgésica y en caso de que eso suceda, no hay una relación lineal dosis respuesta, ya que estos fármacos presentan techo analgésico. Por el contrario, sí que aumenta el riesgo de padecer reacciones adversas que, especialmente a altas dosis y durante tiempos prolongados, pueden ser muy graves. De hecho, los AINE son la primera causa iatrogénica de ingreso hospitalario.

Los AINE son de primera elección en el dolor nociceptivo, especialmente cuando existe un componente inflamatorio.

- Paracetamol. Al contrario que los AINE, no presenta acción antiinflamatoria ni antiagregante plaquetaria.

La dosis habitual es de 650 mg cada 6 u 8 horas. Aunque puede administrarse también al cabo de 4 horas y actualmente se está promocionando el uso de medicamentos que contienen 1g (que pueden ser necesarios en algunos tipos de dolor), debe tenerse en cuenta que siempre es preferible usar la menor dosis que resulte efectiva.

Por lo tanto, en vía tópica diclofenaco, ibuprofeno, ketoprofeno y piroxicam son los más efectivos para el alivio de los dolores musculoesqueléticos y no parece haber diferencias significativas entre unos y otros.

Rol de enfermería en el manejo del dolor agudo

- Es fundamental identificar si la paciente tiene dolor en el momento de la entrevista inicial. Si es así, es necesario propiciar las intervenciones necesarias para proporcionar alivio. La valoración inicial va a servir de guía para desarrollar el plan de tratamiento del dolor.

- Verificar la localización, la intensidad, la cualidad (opresivo, quemazón, punzante, descargas eléctricas, etc.) o el inicio y duración del episodio doloroso.

- Identificar la repercusión, los efectos sobre su calidad de vida y confort, relaciones sociales, familiares.

- Valorar factores que aumentan y disminuyen la tolerancia al dolor y planificar las intervenciones: o factores que disminuyen el umbral del dolor: la incomodidad, el insomnio, el cansancio, el miedo, la tristeza, la rabia, la depresión, el aburrimiento, la introversión, el aislamiento y el abandono social. o factores que aumentan el umbral de dolor: el sueño, el reposo, la simpatía, la empatía, la comprensión, la solidaridad, las actividades de diversión, la reducción de la ansiedad y la elevación del estado de ánimo.

- Comprobar las indicaciones médicas en cuanto al tratamiento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar alergias
- Registrar respuesta del analgésico y cualquier efecto adverso.

Riesgo de complicación de hemorragia.

Por un lado, la hemorragia, es la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un periodo de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 ml/minuto y que, por lo tanto, causa la pérdida del 50% del volumen sanguíneo en 20 minutos (OMS, 2017)

Según él (Colegio de Enfermería de Navarra, 2017) la hemorragia es la salida o derrame de sangre dentro y/o fuera del organismo como consecuencia de la rotura de uno o varios vasos sanguíneos. Debe ser controlada rápidamente, pues si la pérdida es muy abundante puede ocasionar shock y muerte.

Consecuentemente (Pérez, 2006) denomina que la hemorragia uterina anormal es definida como cualquier sangrado que difiera del patrón menstrual en frecuencia, cantidad y duración. Sus manifestaciones son: Polimenorreas: periodicidad menstrual menor de 21 días. Oligomenorreas: periodicidad mayor de 35 días Desde el punto de vista (Miro, 2000) la hemorragia es un trastorno caracterizado por la extravasación de sangre del lecho vascular. El sistema hemostático es el encargado de evitar esta pérdida hemática a través de precisas interacciones entre componentes de la pared vascular, plaquetas circulantes y proteínas plasmáticas.

Factores de Riesgo:

Placenta previa: Edad materna mayor a 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas (legrado, aspiración manual endouterina, miomectomía, cesáreas), tabaquismo.

Embarazo ectópico

Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI): Uso de cocaína, sobre distensión uterina, enfermedades hipertensivas, colagenopatías, antecedente de DPPNI, trauma abdominal, trombofilias.

Rotura Uterina: Antecedente de cicatrices uterinas, uso iatrogénico de oxitócicos, parto prolongado, malformaciones, infecciones y adenomiosis uterinas.

Causas

Aborto

Embarazo ectópico

Enfermedad trofoblástica gestacional

Desprendimiento prematuro de placenta

Placenta previa

Ruptura uterina

Atonía uterina

Desgarros del canal del parto

Inversión uterina

Acretismo placentario

Retención de restos placentarios

Medios de diagnóstico

Entre los procedimientos diagnósticos que deberían realizarse para determinar la causa de dicha hemorragia situáramos, en primer lugar, la exploración física.

La ecografía es sin duda la técnica de diagnóstico por imagen más empleada en la evaluación de la hemorragia uterina anormal. Permite el estudio del útero y de los ovarios. Permite identificar en qué mujer podría obviarse la biopsia de endometrio dado que una ecografía normal reduce significativamente la posibilidad de una lesión endometrial. Así se evitarán biopsias innecesarias.

La histeroscopia también es un procedimiento diagnóstico muy útil en el diagnóstico de la hemorragia uterina anormal. Permite realizar la biopsia endometrial de manera más dirigida a la propia lesión con lo que se reducen los falsos negativos.

En determinadas circunstancias puede ser recomendable la realización de un legrado uterino. Éste normalmente ha de hacerse bajo anestesia general, y además de aportar información diagnóstica, va a ser terapéutico en algunas ocasiones.

Por otro lado, hay causas de hemorragia uterina anormal en relación con enfermedades crónicas o alteraciones de la coagulación, así como a la anovulación. Por dicho motivo, puede ser recomendable la realización de una serie de análisis sanguíneos para descartar alteraciones en aquellos órganos que pueden inducir la aparición de dicha hemorragia anormal.

Complicaciones

Según la complejidad de la hemorragia se puede clasificar:

Tabla 1. Grados de choque		
Grado del choque	Porcentaje de pérdida sanguínea	Signos y síntomas
Leve	<20%	Diaforesis Friedad en extremidades Ansiedad Aumento llenado capilar
Moderado	20%-40%	Los previos más: Taquicardia Taquipnea Hipotensión postural Oliguria
Severo	>40%	Los previos más: Hipotensión Agitación / Confusión Inestabilidad hemodinámica

Fuente: Adaptado de Dean Leduc & otros. Prevention and treatment of hemorrhage. 2009

Tratamiento

Tratamiento no invasivo

Tratamiento medicamentoso (De primera línea)

Oxítocicos: oxitocina 10 unidades, endovenoso lento, constituye una de las recomendaciones preventivas, mantener con 20U en 500 ml de solución glucosada.

Maleato de ergometrina 0,2 mg IM y reevaluar a los 10 minutos.

Carbetocina 100 ug, IV previa liberación de receptores con 200 ml de solución fisiológica a infusión continua por 5 a 6 minutos.

Misoprostol 800 a 1000 Ug, vía rectal.

El ácido tranexámico se ha sugerido en caso de atonía refractaria o sangrado persistente secundario a trauma genital.

Tratamiento intervencionista (De segunda línea)

- Masaje uterino bimanual, una mano a través de la vagina en puño presionando la pared anterior del útero y la otra supraumbilical sobre cara posterior del cuerpo uterino.
- Taponamiento uterino (efectivo en el 84 % de los casos), el dispositivo más utilizado fue el catéter Sengstaken Blakemore, Barki.
- La colocación de un balón (Cobra Cordis 5F) a la arteria iliaca interna a través de la femoral común, siguiendo la técnica de Seldinger, se insufla y se deja por 24 horas a 48 horas, con profilaxis antibiótica, este procedimiento es seguro, efectivo y se puede realizar en pacientes inestables. Es importante contar con el apoyo de un radiólogo experimentado.

- Indumentaria antichoque, no existe estudios randomizados que lo recomienden, la posibilidad de beneficiar al paciente está en disminuir la pérdida de sangre 200 ml aproximadamente lo que no diferencia determina diferencia de la conducta quirúrgica a seguir.

Tratamiento radiológico

En paciente estable, la embolización de la arteria uterina alcanza una efectividad del 90%, preservando la fertilidad y recuperando las menstruaciones en un 100% después de un parto. Puede presentarse complicaciones como: dolor, fiebre, embolismo pulmonar, infección pélvica hasta necrosis de útero y vejiga (0 a 10%)

Tratamiento quirúrgico

Cirugía conservadora. Se recurre a ella si las otras medidas son insuficientes.

- Ligadura de Arteria Uterina inmediatamente después del alumbramiento. El éxito es del 90%, más aún si se tiene el dato de placenta ácreta por su alto riesgo de morbimortalidad materna
- Ligadura de la arteria iliaca interna efectiva en un 84%. Las mujeres sometidas a cualquiera de las ligaduras arriba señaladas tienen probabilidades mantener su capacidad reproductiva.
- Balón del Catéter Fogarty, colocado en arteria iliaca interna durante el preoperatorio sin complicaciones en la cesárea histerectomía.
- Las suturas de compresión uterina (B-Lynch), son efectivas en el 91% de los casos. Sin embargo, existe riesgo de necrosis uterina, adherencias intrauterinas y abdominales, así como piometra.
- Múltiples suturas cuadradas; procedimiento seguro para hemorragia masiva post parto, asociada a pocas complicaciones de infección, isquemia y adherencias.

De acuerdo a Doumouchsis no existe diferencias estadísticamente significativas entre los diversos procedimientos como la compresión bimanual, tapón uterino, embolización y /o ligadura de arteria uterina, ligadura de arterias iliacas y suturas de compresión uterina.

Medidas Preventivas

Los factores predisponentes (miomas uterinos, polihidramnios, embarazo multifetal, trastornos hemorragíparos maternos, antecedentes de hemorragia puerperal o posparto) se identifican antes del parto y, cuando es posible, deben corregirse.

Si la mujer tiene un tipo de sangre inusual, debe conseguirse ese tipo en forma anticipada. Siempre es aconsejable un parto cuidadoso y no apresurado con mínima intervención.

Después de la separación placentaria, 10 unidades de oxitocina o infusiones diluidas de oxitocina (10 o 20 unidades en 1.000 mL en solución a 125 o 200 ml/h por 1 o 2 h) en general aseguran la contracción uterina y reducen la pérdida de sangre.

Una vez extraída la placenta, se examina concienzudamente para ver que esté completa; si está incompleta, el útero se explora manualmente y los fragmentos retenidos se extraen. Rara vez se requiere un legrado.

La contracción uterina y la cantidad de sangrado vaginal deben observarse durante 1 h después de la finalización del tercer estadio del trabajo de parto. (Asturizaga, 2014)

Medidas preventivas en Hemorragia

- Brindar educación y comunicación acerca de los riesgos de la hemorragia.
- Consejería en limitar el número de parejas sexuales

- Informar el uso de preservativo durante las relaciones sexuales, el cual ayuda a prevenir las infecciones de transmisión sexual y puede reducir el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Una vez presente la hemorragia, se deberá valorar el sangrado
- Monitorizar constantes vitales: Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Saturación de Oxígeno, cada 15 minutos por 2 horas
- Canalización de vías periféricas, 2 vías de grueso calibre si es posible.
- Mantener vía endovenoso permeable y flujo de líquidos constantes para evitar la hipovolemia.
- Disponer de líquidos sanguíneos para la transfusión sanguínea si procede.
- Vigilar constantes vitales.
- Extracción de sangre para el control de coagulación.
- Administración endovenosa de analgésicos para el dolor según pauta médica.

Teoría del cuidado humano de Enfermería

La profesión de enfermería tiene la responsabilidad de asumir un papel activo en el desarrollo de un cuerpo científico e incorporar ese conocimiento a la práctica. La investigación se debe comportar como el vehículo primario para el desarrollo del conocimiento que exige los momentos actuales a la enfermería. Es hora de examinar el papel de la investigación en esta ciencia al enfrentar nuevos retos, como el abordar el mundo de las emociones y su importancia para la inclusión en el arte del cuidado.

Las enfermeras en la práctica diaria realizan un gran número de actividades: recogen información de los pacientes, valoran sus problemas y la alteración de sus necesidades, establecen objetivos, planifican cuidados, realizan las intervenciones que responden a los objetivos y a la planificación de los cuidados, aplican tratamientos y, finalmente, evalúan la respuesta del paciente a las intervenciones de Enfermería y su evolución hacia la consecución de los objetivos establecidos y en todo este proceso se producen múltiples interacciones de sentimientos y de emociones.

Existen una serie de habilidades donde el personal de enfermería en su diario quehacer le resultan imprescindibles: el autocontrol, el entusiasmo, la automotivación, la empatía, etc.; la presencia de las mismas facilita alinear recursos anímicos que propician mayor habilidad en la resolución de problemas, en fomentar relaciones interpersonales armoniosas, aumentando así habilidades sociales, lo que ayuda a potenciar el rendimiento laboral y generar defensas para la reacción positiva a la tensión y al stress.

Argumentos como los anteriores son reafirmados por teóricas de enfermería como Jean Watson, que refirió: el objetivo de la enfermería consiste en facilitar la consecución por la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, autocuración y autocuidados. Watson sostiene que este objetivo se alcanza a través del proceso de asistencia de persona a persona y de las transacciones que dicho proceso genera.

A lo largo de su evolución como ciencia, uno de los problemas de la enfermería ha radicado en comprender los fundamentos ontológicos del cuidado y sus componentes teóricos para dar un sentido coherente y consistente a la enfermería como una ciencia humana.

La inteligencia emocional y la teoría de Jean Watson: Filosofía y ciencia de la asistencia; aplicada por el personal de enfermería al arte del cuidado constituye una estrategia en la cual la investigación puede apoyar la práctica, aumentando los beneficios para la disciplina y las personas en general, sustentando la experiencia clínica de cada profesional y permitiendo mejorar la toma de decisiones sobre las acciones profesionales.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

En el presente estudio de caso se aplica el enfoque metodológico de la investigación de tipo cualitativo, porque abarca el proceso de investigación en todas sus etapas, desde la definición del tema hasta el

desarrollo de la perspectiva. Así mismo se centra en recolectar información donde se puedan obtener datos clave.

Caso clínico único para dar respuesta a los objetivos formulados en el estudio acerca de los cuidados de enfermería en embarazo ectópico complicado.

Sujeto de Estudio.

Mujer de 34 años de edad seleccionada a conveniencia de las investigadoras, diagnosticada como Embarazo ectópico complicado manifestó dolor abdominal intenso, con predominio en hipogastrio, irradiación a nivel flanco izquierdo y esta vulnerable a presentar hemorragia.

Ámbito y Periodo del estudio

Servicio de Ginecología, Hospital Regional de Ayacucho - Ayacucho, 2021

El estudio se realizó en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Ayacucho. El periodo de estudio quedó comprendido entre el 03 de abril del 2021 al 15 de julio de 2021, para la fase de contacto se utilizó la observación y recogida de datos clínicos.

Procedimiento de recojo de información

Fuente de información.

Como fuente de información se consideró, Instrumento de recolección de datos:

Para el presente estudio se utilizó el Marco de valoración de los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, validado por profesionales expertos del área.

El procedimiento de recogida de la información se ha desarrollado a través de las siguientes fuentes:

Información verbal proporcionada por la paciente de 34 años

La observación directa a la paciente.

Historia clínica de la paciente.

Los registros de evolución médica y enfermera.

Examen físico de la paciente.

La valoración de enfermería según los 11 patrones de Marjory Gordon.

La revisión de la evidencia científica.

La revisión de la evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Science direct, Elsevier, Medline, Scielo. Además, se han consultado documentos procedentes de Entidades Oficiales (OMS, American Cancer Society), Guías de práctica clínica y protocolos; Actas de Congresos; Tesis Doctorales y libros publicados para enfermería.

Técnica de recolección de datos.

Entrevista y observación

Procedimiento de información

Para proceder a la recolección de datos, se recabó la autorización previa de la paciente de 34 años y del responsable del servicio, quedando garantizado durante todo el proceso la protección y la confidencialidad de los datos aportados para la realización del estudio, no figurando ninguna reseña de identificación de esta.

La recolección de información se realizó en 4 fases: la primera se comenzó accediendo a una revisión de la historia clínica de la paciente, para extraer datos clínicos como: antecedentes personales y familiares, el motivo de consulta, los resultados de las pruebas diagnósticas, el diagnóstico médico principal, evolución médica y clínica, así como la evolución de los cuidados. En la segunda, se realiza una valoración de enfermería a través de una entrevista personal, siguiendo los 11 Patrones Funcionales de Marjory

Gordon, utilizándose la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico y centrado en el caso de estudio. En la tercera fase, encontramos los tres seguimientos realizados a la paciente para ver la evolución de la misma. Y en la última fase, se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, fijándose límites según criterios de fecha, limitándose la búsqueda de información del 2016 hasta la actualidad. Se usaron base de datos: science direct, scielo, Elsevier, google académico..., y usando palabras clave como: Atención de enfermería, cuidados de enfermería, proceso de atención de enfermería, embarazo ectópico, riesgo de embarazo ectópico, embarazo ectópico complicado.

Procesamiento de los datos

Los datos fueron analizados y organizados en los siguientes procedimientos:

El análisis y procesamiento de los datos se ha llevado a cabo en base a la metodología enfermera.

Tras la valoración de la paciente en base a los 11 patrones funcionales Marjory Gordon, se procedió a la realización de una red de razonamiento basada en el “modelo área” gestado por Pesut y Herman, para la selección del diagnóstico principal según la taxonomía NANDA I. Seguidamente, tras la elección del D se procede al establecimiento de los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) y las actividades respectivas. Tras la ejecución de las actividades de enfermería programadas, se procedió a una evaluación de las mismas con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas en el plan de cuidados individualizado de la paciente.

Resultados.

Descripción del caso.

Paciente adulta de sexo femenino, de 34 años de edad, ingresa al servicio de emergencia referida de un hospital nivel II. Por presentar palidez marcada, dolor abdominal intenso, con predominio en hipogastrio, con irradiación a nivel flanco izquierdo de aproximadamente 3 horas de evolución, fascie de dolor, refiere dolor intenso 8/10 según escala de evaluación visual analógica, taquicardia y ventilando espontáneamente. Con amenorrea menos de un mes; además presenta dolor torácico tipo opresivo de mediana intensidad; ingresa al servicio de Ginecología diagnosticada con laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado y anemia severa. Se observa, herida operatoria cubierta con apósitos húmedos con secreción amarillenta, secreción vaginal sanguinolenta en escasa cantidad, es portadora de sonda foley, con características colúrica, no realiza deposición desde hace dos días, por lo cual refiere malestar y preocupación. Menciona haber presentado hace un año 2 abortos de forma espontánea.

Valoración

A continuación, se realiza la valoración de la paciente en base a los patrones alterados funcionales de Marjory Gordon:

Patrón N°1: Percepción manejo de la salud

(Patrón alterado) Multigesta niega antecedentes de enfermedades, grupo sanguíneo “O” y factor RH “Positivo”. Con prueba Covid 19 negativo; ecografía ginecológica: útero eco normal con líquido libre escaso. No consume tabaco, alcohol ni drogas; después de exámenes auxiliares previos realizados, ingresa a sala de operaciones; tras la cirugía realizada pasa a unidad de recuperación post anestésica. En la actualidad, se observa con higiene corporal conservada, con palidez marcada, con una hemoglobina de control en el post operatorio de 7.8 gr/dl., hematocrito 23.2%, leucocitos 13.880mm³, linfocitos 7.9%

Diagnostico medico actual. Laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado y anemia severa

Tratamiento médico post laparotomía exploratoria

DB + LAV

Cl Na 9% 1000cc a 45 gts x min.

Clindamicina 600 mg EV C/8 Horas

Gentamicina 160 mg EV C/24 Horas

Tramadol 100 mg EV C/8 Horas
Metoclopramida 10 mg EV C/8 Horas
Hierro sacarato 200 mg C/48 Horas
Sonda Foley permeable retirar con diuresis mayor a 600 cc.
CFV + OSA + CSV
S/S Control de hemoglobina 04/04/2021 - 5 am

Patrón N°2: Nutricional-Metabólico

(Patrón alterado) Con presencia de herida operatoria supra púbica cubierta con apósitos húmedos con secreción amarillenta, piel pálida, turgente, con una temperatura de 36.2°C, presión arterial de 90/60 mmhg, frecuencia cardiaca de 114 x´, frecuencia respiratoria de 22x´, con un peso de 65 kg y una talla de 1.64 cm, con dieta blanda 3 veces por día más líquidos a voluntad, apetito disminuido, con ruidos hidroaéreos disminuidos y abdomen doloroso a la palpación.

Patrón N°3: Eliminación

(Patrón alterado) Portadora de sonda foley, la cual fue colocada el día de su ingreso para el control de diuresis; presenta orina colúrica, con buen flujo urinario de 500 cc., además menciona que no realiza deposición desde hace dos días, por lo cual refiere malestar y preocupación, ya que ella en casa evacua todos los días. A la evaluación se observa, secreción vaginal sanguinolenta en escasa cantidad.

Patrón N°4: Actividad-Ejercicio

(Patrón alterado) Reposo relativo, ventilando espontáneamente; frecuencia respiratoria de 22 x´, Saturación de oxígeno (SO₂): 97%, con ruidos respiratorios normales, no presenta tos ni secreciones. Actividad circulatoria normal, La paciente presenta una frecuencia cardiaca de 114 x´ y una presión arterial de 90/60mmhg, no se observa edema en miembros superiores ni inferiores, se evidencia cicatriz que loide en brazo derecho al interrogatorio refiere haber sido operada hace 29 años por haber sufrido quemadura de II grado; con presencia de 2 catéteres periféricos en miembro superior derecho e izquierdo, cubierto con tegader el cual no presenta signos de flebitis. La paciente se moviliza en cama parcialmente dependiente, independiente para el consumo de sus alimentos y parcialmente dependiente al vestirse ya que es una paciente post operada inmediata con movilidad de miembros conservados y fuerza muscular conservada.

Patrón N°5: Sueño descanso

(Patrón eficaz) Sueño conservado y reparador de 8 horas aproximadamente durante la noche

Patrón N°6: Cognitivo-Perceptual

(Patrón alterado) La paciente se encuentra lucida orientada en tiempo, espacio y persona; escala de Glasgow 15, con grado de instrucción superior completa, no presenta problemas de audición y visión, no tiene dificultad para comunicarse ya que habla castellano. En la actualidad, refiere dolor intenso a nivel de herida operatoria la cual tiene una puntuación de 8 /10 en la escala del dolor según EVA (Escala visual analógica).

Patrón N°7: Auto percepción- Autoconcepto

(Patrón alterado) Preocupada por su estado de salud actual

Patrón N°8: Rol-Relaciones

(Patrón eficaz) Ama de casa, convive con su pareja, su estructura familiar es nuclear.

Patrón N°9: Sexualidad- Reproducción

(Patrón alterado) Ingresa al servicio de Emergencia referida del Hospital de Apoyo Jesús de Nazareno de Ayacucho con amenorrea menos de un mes; sangrado vaginal en escasa cantidad; con diagnóstico médico d/c embarazo ectópico complicado. Al examen físico presenta, mamas no secretantes, blandas. Antecedentes Obstétricos: Menarquia: 13 años. Inicio de actividad sexual: 18 años gesta (3), aborto (2), partos vaginales: (0), cesárea (0) además portadora de sonda vesical conectada a bolsa colectora.

Patrón N°10 Adaptación- Tolerancia al estrés.

(Patrón alterado) Paciente se muestra ansiosa, llorosa por pérdida de su bebé y refiere tener miedo a no poder tener más hijos ya que tuvo dos abortos anteriores

Patrón N°11: Valores- Creencias.

(Patrón eficaz) De religión católica

Plan de cuidados

Diagnóstico.

Los Diagnósticos de Enfermería (DxE) se identificaron por patrones alterados, en riesgo o en disposición de mejora vistos anteriormente en la valoración. Para trabajar los DxE se utilizó la Taxonomía II de NANDA Internacional (Herdman & Kamitsuru, 2018)

Patrón N°1: Percepción -Manejo de la salud

(00078) Gestión ineficaz de la salud r/c conflicto de decisiones m/p estancia hospitalaria

Dominio: (0001) Promoción de la salud

Clase: (0002) gestión de la salud

Definición: “Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos”. (Herdman & Kamitsuru, 2018, pág.156)

Patrón N°2: Nutricional-Metabólico

(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c dolor abdominal Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

Dominio: (0002) nutrición

Clase: (0001) Equilibrio nutricional

Definición: “Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas”. (Herdman & Kamitsuru, 2018, pág.171)

(00155) Riesgo de caída r/c anemia m/p palidez marcada

Dominio: (0011) Seguridad y protección

Clase: (0002) Caídas

Definición: “Susceptible a un aumento de caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud”. (Herdman & Kamitsuru, 2018, pág.408)

Patrón N°3: Eliminación

(00011) Estreñimiento r/c disminución de la frecuencia de defecar m/p cambios recientes en el entorno

Dominio: (0003) Eliminación de intercambio

Clase: (0002) Estreñimiento

Definición: “Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y / o eliminación de heces excesivamente duras y secas”. (Herdman & Kamitsuru, 2018, pág.215)

Patrón N°4: Actividad / ejercicio

(00240) Riesgo de disminución del gasto cardiaco r/c ansiedad m/p alteración de la frecuencia cardiaca

Dominio: (0004) actividad / reposo

Clase: (0004) Gasto cardiaco

Definición: “Susceptible a que la cantidad de sangre bombeada por el corazón sea inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo, lo que puede comprometer la salud”. (Herdman & Kamitsuru, 2018, pág.245)

(00004) Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo m/p catéter venoso, sonda foley

Dominio: (0011) Seguridad / protección

Clase: (0001) Riesgo de infección

Definición: “Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud”. (Herdman & Kamitsuru, 2018, pág.404)

Patrón N°6: Cognitivo-Perceptual

(000132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p expresión facial del dolor, conducta expresiva.

Dominio: (0012) Confort

Clase: (0001) Dolor agudo

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses”. (Herdman & Kamitsuru, 2018, pág.468)

Patrón N°9: Sexualidad- Reproducción

(00206) Riesgo de sangrado r/c complicaciones del embarazo

Dominio: (0011) Seguridad Protección

Clase: (0002) Sangrado

Definición: “Susceptible a una disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud”. (Herdman & Kamitsuru, 2018, pág.428)

Patrón N°10: Adaptación - tolerancia al estrés

(00146) Ansiedad r/c amenaza a su estatus habitual m/p crisis situacional

Dominio: (0009) Afrontamiento/ tolerancia al estrés

clase: (0002) Ansiedad

Definición: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza”. (Herdman & Kamitsuru, 2018, pág.428)

Figura 1

Red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA para la obtención del diagnóstico principal



Fuente: elaboración propia basada en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999)

Diagnostico Principal

Tal como podemos observar en la red de razonamiento (Figura1) el diagnostico principal es: (000132) Dolor Agudo r/c agentes lesivos físicos m/p expresión facial del dolor, conducta expresiva.

Dominio: (0012) Confort

Clase: (0001) Dolor agudo

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses”. (Herdman & Kamitsuru, 2018, pág.468)

Justificación del Diagnostico Principal

Basándonos en las evidencias científicas y buscando bibliografías sobre los diferentes diagnósticos se concluyó que el diagnostico principal es el dolor agudo r/c agentes lesivos físico m/p expresión facial del dolor, conducta expresiva. (Cruz, 2019) afirma que el dolor es uno de los síntomas que más sufrimiento produce en cualquier enfermedad y constituye un problema básico de salud en todo el mundo. Y desde el punto ético de enfermería, nuestra prioridad es aliviar el dolor siendo este un derecho del ser humano. Así mismo señala (Hanrahan, 2019), controlar el dolor es esencial para mejorar la calidad de vida, porque un inadecuado manejo de dolor afectaría la recuperación.

Para concluir, el dolor agudo después de una cirugía, laparotomía exploratoria de embarazo ectópico complicado tiene relación con las variaciones del nivel del ritmo cardiaco, teniendo unas repercusiones muy graves como es la taquicardia además de la disminución de la motilidad gastrointestinal provocando estreñimiento. Por eso es importante tratar el dolor agudo y proporcionar el mayor bienestar a la paciente post operada ya que es una de nuestras labores principales como personal de enfermería. “El cuidado del paciente” (García, 2013)

Problemas de colaboración (PC) y sus riesgos de complicación (RC).

Para conocer cuáles son los problemas de colaboración, así como los riesgos de complicación de nuestra paciente, es necesario utilizar el manual de DxE de Lynda Carpenito. (Carpenito, 1998)

Problema de Colaboración 1: Embarazo Extrauterino. (Embarazo Ectópico)

RC 1. 1 hemorragia.

RC 1. 2 shock.

RC 1. 3 sepsis.

RC 1. 4 dolor agudo.

Problema de Colaboración 2: Periodo postoperatorio.

RC 2. 1 retención urinaria.

RC 2. 2 hipovolemia/shock.

RC 2. 3 peritonitis

RC 2. 4 tromboflebitis.

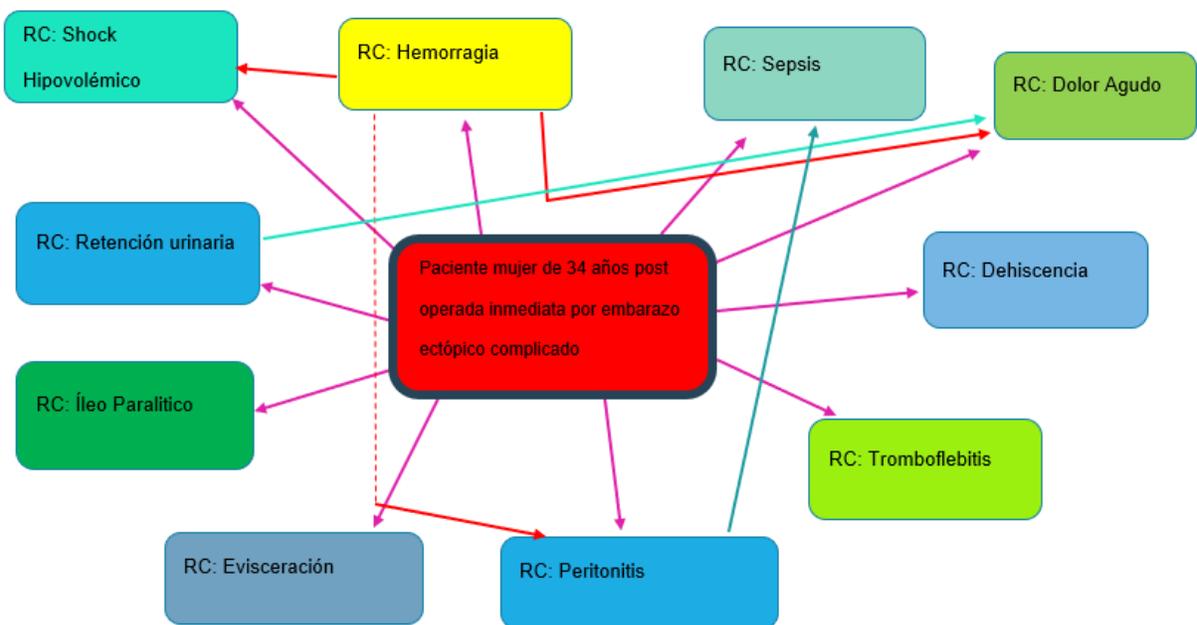
RC 2. 5 íleo paralítico.

RC 2. 6 evisceración

RC:2. 7 dehiscencia.

Figura 2

Red de Razonamiento critico basado en el modelo AREA para la obtención de riesgo de complicación principal (RC)



Fuente: elaboración propia basada en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999)

Identificación del RC Principal.

Se ha identificado como RC Principal “Hemorragia” puesto que más relación tiene con los demás, vinculándose con: shock hipovolémico y peritonitis.

RC: Hemorragia

Definición: Es la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un periodo de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 ML/minuto y que, por lo tanto, causa la pérdida del 50% del volumen sanguíneo en 20 minutos (OMS, 2017).

Justificación del RC Principal.

Según (Perez, 2009) la hemorragia es una de las causas principales de shock hipovolémico, además es una de las complicaciones más graves en las pacientes con hemorragia postparto, considerando como la principal causa de muerte materna, de morbilidad y mortalidad fetal

Shock Hipovolémico. De acuerdo con (Orizaba, 2018) “define como el síndrome que resulta de una perfusión celular inadecuada, para mantener el metabolismo celular y ocurre secundaria a una caída brusca en el volumen sanguíneo circulante. Este concepto actualmente ha sido ampliado y el síndrome no se limita a la respuesta inmediata al déficit del volumen intravascular; se extiende a la respuesta sistémica que ocurre en los tejidos periféricos en respuesta a la isquemia y reperfusión que se caracteriza por una respuesta inflamatoria que se mantiene posterior incluso de la restauración del volumen circulante.”

Peritonitis. Según (Malla, 2019) es un “proceso inflamatorio que afecta al peritoneo y es secundario a una infección bacteriana o irritación química. El peritoneo es la membrana serosa que cubre por dentro la pared del abdomen y la mayoría de los órganos situados en su interior. La peritonitis puede ser localizada o generalizada, aguda o crónica. La causa más frecuente es una infección causada por la perforación de una víscera hueca, por ejemplo apendicitis aguda perforada, perforación gástrica o diverticulitis con perforación”.

De acuerdo con (Bennett, 2019) “La peritonitis es una inflamación de la cavidad peritoneal debida a una infección, traumatismos o irritantes químicos como la bilis, el jugo pancreático o los jugos intestinales. En general se presenta de forma aguda y puede ser localizada o difusa. Las peritonitis infecciosas, dependiendo de su origen, suelen clasificarse como primarias, secundarias y terciarias.

Para concluir en el embarazo ectópico, la hemorragia es una de las complicaciones más frecuentes y causa significativa de morbilidad y mortalidad. Según (Miro, 2000) la hemorragia es un trastorno caracterizado por la extravasación de sangre del lecho vascular. El sistema hemostático es el encargado de evitar esta pérdida hemática a través de precisas interacciones entre componentes de la pared vascular, plaquetas circulantes y proteínas plasmáticas.

Planificación

Planificación del Diagnóstico Enfermero Principal.

Después de realizar la valoración y obtener un diagnóstico enfermero, se procede a realizar un plan de seguimiento a la paciente mediante la Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC).

(000132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p expresión facial del dolor, conducta expresiva.

Dominio: (0012) Confort

Clase: (0001) Dolor agudo

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses”. (Herdman & Kamitsuru, 2018, pág.468).

Resultados (NOC) del Diagnóstico enfermero principal

La taxonomía NOC responde a los resultados que pretendemos alcanzar en la atención a la paciente en estudio, utiliza códigos de 4 dígitos y en los indicadores 6 dígitos. Para el Diagnóstico de Enfermería (000132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p expresión facial del dolor, conducta expresiva, por lo tanto, le corresponde el siguiente: NOC:

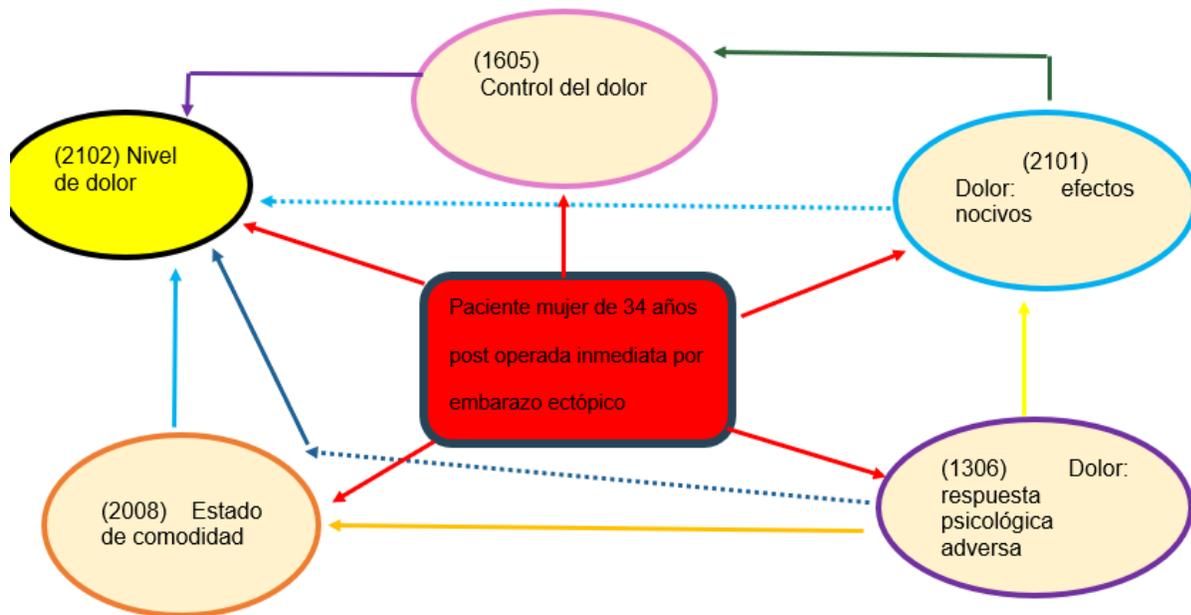
- (2102) Nivel de dolor
- (1605) Control del dolor
- (2008) Estado de comodidad
- (2101) Dolor: efectos nocivos
- (1306) Dolor: respuesta psicológica adversa

Priorización del NOC del Diagnóstico enfermero principal

Se realizó el análisis mediante la red de razonamiento crítico para definir el NOC principal. Según se evidencia en la figura 3.

Figura 3

Priorización del NOC del diagnóstico principal mediante la red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA.



Fuente: elaboración basada en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999)

Justificación del NOC principal del Diagnóstico Principal

Podemos observar que según la red de razonamiento crítico el NOC principal corresponde al más relacionado con los otros NOC:

NOC Priorizado del DxE Principal

(2102) Nivel de dolor

Dominio: 5. Salud percibida.

Clase: 5. Sintomatología.

Definición: "Intensidad del dolor referido o manifestado". (Moorhead et al., 2020, p.466).

De acuerdo a la (OMS,2005), define "Al dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial y lo reconoce como un problema de salud mundial."

Se concluye que el dolor es evaluado de forma subjetiva y a través de escalas del dolor, se hace necesario la observación, pues de esta manera, además de toda la información verbal que la paciente pueda brindar; se realizara el análisis crítico de estos datos para brindar una atención oportuna.

A continuación, se ofrece una visualización más rápida de la planificación elaborada en los apartados de arriba para el plan de cuidados individualizado.

Tabla 1

Puntuación del NOC principal el DxE Principal.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
Nivel del dolor	2	5	24 horas
Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.			

Fuente: Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC

Tabla 2

Puntuación de los indicadores del NOC principal

INDICADORES	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(210201) Dolor referido	2	5	24 horas
(210204) Duración de los episodios del dolor	2	5	24 horas
(210208) Inquietud	3	5	24 horas
(210206) Expresiones faciales del dolor	2	5	24 horas

Fuente: Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC

Intervención (NIC) del diagnóstico enfermero principal.

Para obtener el resultado priorizado se utilizó la taxonomía Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

(1410) Manejo del dolor: agudo

Campo: 1 Fisiológico: básico

Clase: E. Fomento de la comodidad física.

Definición: “Alivio o reducción de dolor a un nivel aceptable para el paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión”. (Butcher et al., 2020, p.306).

Actividades:

(141001) Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian o agudizan.

(141002) Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p.ej. tos y respiración profunda deambulación, transferencia a una silla).

(141003) Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación

(141004) Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

(141005) Usar analgésicos combinados (p.ej. opiáceos mas no opiáceos), si el nivel de dolor es intenso.

(2300) Administración de medicación.

Campo: 2. Fisiológico: Complejo.

Clase: H. Control de fármacos.

Definición: “Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación”. (Butcher et al., 2020, p.55).

Actividades:

(230001) Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.

(230002) Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.

(230003) Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia.

(230004) Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación.

(230005) Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro.

(5820) Disminución de la ansiedad.

Campo: 3. Conductual.

Clase: T. Fomento de la comodidad psicológica.

Definición: “Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto”. (Butcher et al., 2020, p.163).

Actividades:

(582001) Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

(582002) Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

(582003) Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

(582004) Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.

(582005) Escuchar con atención.

Planificación del riesgo de complicación principal (RCP) Hemorragia NOC.

Para determinar los cambios en el estado la paciente se utilizó el clasificador de resultados en salud, a través de objetivos NOC (Moorhead et al., 2020) y para mejorar la calidad de vida de la paciente se hizo uso de las intervenciones NIC (Butcher et al., 2020) cómo se ha visto anteriormente el Riesgo de complicación es RC Hemorragia.

Resultados NOC del RC Principal.

La taxonomía NOC responde a los resultados deseamos conseguir en la paciente, utiliza código de 4 dígitos y en los indicadores 6 dígitos. Para el RC hemorragia le corresponde los siguientes NOC:

(0413) Severidad de la pérdida de sangre

(1813) Conocimiento: régimen terapéutico

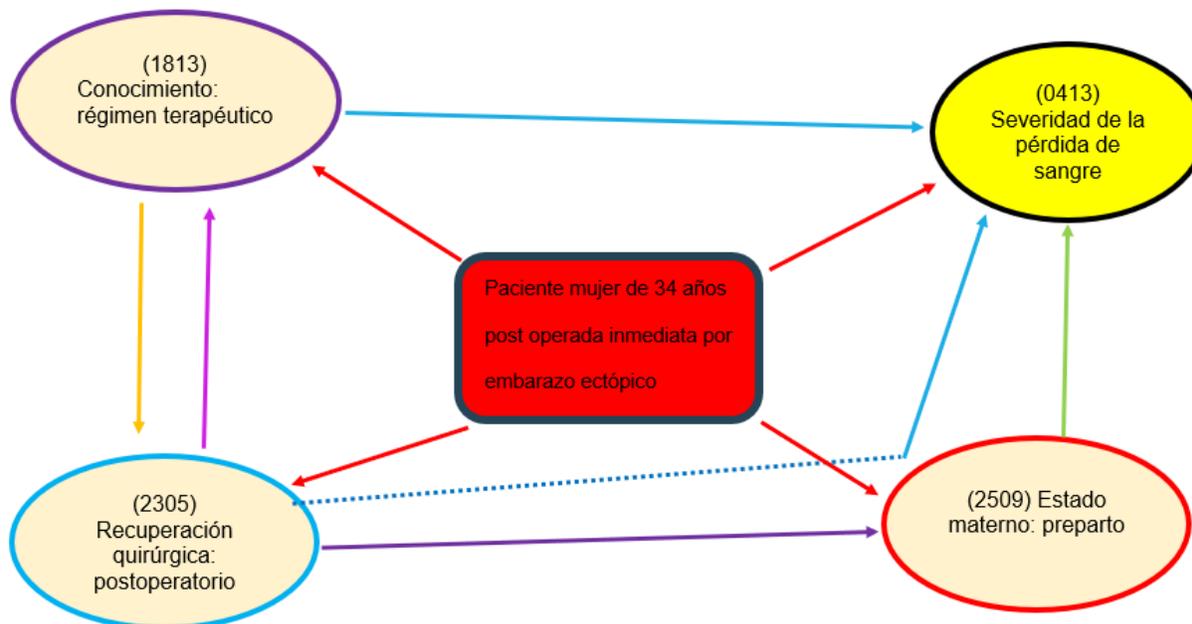
(2509) Estado materno: parto

(2305) Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato

Se realizó el análisis en la red de razonamiento crítico, para definir el NOC principal. Según se evidencia en la Figura N04

Figura N 4

Priorización del NOC del RC Principal mediante Red de Razonamiento Critico basado en el modelo AREA



Fuente: elaboración basada en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999)

Justificación del NOC Principal del RC Principal.

Se ha identificado como RC principal la hemorragia que es la “pérdida de todo el volumen sanguíneo en un periodo de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 ml/minuto y que, por lo tanto, causa la pérdida del 50% del volumen sanguíneo en 20 minutos” (OMS, 2017). Siendo este una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y causa significativa de morbilidad y mortalidad.

Se concluye que las hemorragias maternas son emergencias que deben ser atendidas de forma oportuna e inmediata, consideradas como prioridad en la atención materno perinatal, ya que pueden producir la pérdida de una vida incluso hasta en 2 horas y es causa principal de muerte materna en el Perú.

A continuación, presentamos el NOC Priorizado del RC Hemorragia

(0413) Severidad de la Pérdida de Sangre

Dominio: 2. Salud fisiológica.

Clase: E. Cardiopulmonar.

Definición: “Gravedad de los signos y síntomas de hemorragia interna o externa”. (Moorhead et al., 2020, p.564).

Tabla 3

Puntuación de los indicadores del NOC del RC Principal. Escala Likert

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(0413) Severidad de la Pérdida de Sangre	4	5	24 horas
Escala Likert: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Normal.			

Fuente: Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC

Tabla 4

Puntuación del NOC e indicadores del RC Principal.

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(041307) Sangrado Vaginal	4	5	24 horas
(041313) Palidez de Piel y Mucosas.	4	5	24 horas
(041316) Disminución de Hemoglobina.	4	5	24 horas
(041311) Aumento de Frecuencia Cardiaca Apical	4	5	24 horas

Fuente: Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC

Finalmente, con el plan de cuidados se dará continuidad a las intervenciones.

Intervención (NIC) del RC principal

Para obtener el resultado priorizado se utilizó la taxonomía Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

(4020) Disminución de la hemorragia

Campo: 2. Fisiológico completo.

Clase: N. Control de la perfusión tisular.

Definición: "Limitación de la pérdida de volumen sanguíneo durante un episodio de hemorragia". (Butcher et al., 2020, p.165).

Actividades:

(402001) Identificar la causa de hemorragia

(402002) Registrar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.

(402003) Mantener un acceso I. V. permeable

(402004) Administrar hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), si está indicado

(402005) Monitorizar signos y síntomas de la hemorragia persistente (es decir, comprobar todas las secreciones en busca de sangre evidente u oculta).

(6680) Monitorización de Signos Vitales.

Campo: 4. Seguridad.

Clase: V. Control de riesgos.

Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones (Butcher et al., 2020, p.341).

Actividades:

(668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.

(668002) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.

(668003) Monitorizar la presión arterial mientras el paciente este acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.

(668004) Monitorizar si hay cianosis central y periférica

(668005) Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de datos del paciente.

(4260) Prevención del shock.

Campo: 2. Fisiológico: Complejo. Clase: N. Control de la perfusión tisular.

Definición: Detección y tratamiento de un paciente con riesgo de shock inminente. (Butcher et al., 2020, p.381).

Actividades:

(426001) Comprobar las respuestas precoces de compensación de shock (p.ej., presión arterial normal, pinzamiento de la tensión diferencial, hipotensión ortostática leve de 15 a 25mmHg, relleno capilar ligeramente retrasado, piel pálida/ fría o piel enrojecida, ligera taquipnea, náuseas y vómitos, sed aumentada o debilidad)

(426002) Comprobar el estado circulatorio: presión arterial, color y temperatura de la piel, ruidos cardiacos, frecuencia y ritmo cardiaco, presencia y calidad de pulso periféricos y relleno capilar.

(426003) Analizar la orina para ver la presencia de sangre y proteínas según corresponda

(426004) Canalizar y mantener una vía i.v. de calibre grande, según corresponda

(426005) Administrar líquidos i.v. mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis según corresponda

Finalmente observamos que los patrones que estuvieron alterados fueron: Percepción: manejo de la salud, Nutricional - metabólico, eliminación, actividad - ejercicio, cognitivo- perceptual, autopercepción - autoconcepto, sexualidad- reproducción, adaptación - tolerancia al estrés; después de la administración oportuna y eficaz de las intervenciones de enfermería se evidencio la mejoría notable en un lapso de 48 horas que permitió a la paciente retornar a sus actividades cotidianas con normalidad.

Ejecución

Para aplicar las intervenciones y actividades de enfermería, el tiempo previsto para los cuidados fue de 48 horas organizado en 3 turnos de 6, 6 y 12 cada 24 horas respectivamente; se utilizó el libro de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Tabla 5

Cronograma de Intervenciones/Actividades de Enfermería embarazo ectópico complicado

Fecha	Intervenciones / actividades	Turnos		
		M	T	N
04/04/2021	(1410) Manejo del dolor: agudo			
	Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian o agudizan.	7 am	1pm	7pm
	Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p.ej. tos y respiración profunda deambulación, transferencia a una silla).	7am	1pm	7pm
	Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición valida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación			
	Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.	7am	1pm	7pm
	Usar analgésicos combinados (p.ej. opiáceos mas no opiáceos), si el nivel de dolor es intenso.			
	(6680) Monitorización de los signos vitales.			
	Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.	7am	1pm	7pm
	Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.			
	Monitorizar la presión arterial mientras el paciente este acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.			
	Monitorizar si hay cianosis central y periférica			

	Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de datos del paciente.	7 am	2 pm	10 pm
	(2300) Administración de medicación			
	Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.			
	Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.	7 am	2pm	10 pm
	Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia.	6 am	2 pm	10 pm
	Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación.			
	Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro.	6 am	2 pm	10 pm
	(5820) Disminución de la ansiedad.			
	Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.			
	Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.			
	Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	8 am	2 pm	10 pm
	Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.			
	Escuchar con atención.	8 am	2 pm	10 pm
	(4020) Disminución de la hemorragia			
	Identificar la causa de hemorragia		1 pm	
	Registrar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.			
	Mantener un acceso I. V. permeable	7 am	1 pm	7 pm
	Administrar hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), si está indicado			
	Monitorizar signos y síntomas de la hemorragia persistente (es decir, comprobar todas las secreciones en busca de sangre evidente u oculta).		1 pm	7 pm
		7 am		

	<p>(4260) Prevención del shock.</p> <p>Comprobar las respuestas precoces de compensación de shock (p.ej., presión arterial normal, pinzamiento de la tensión diferencial, hipotensión ortostática leve de 15 a 25mmHg, relleno capilar ligeramente retrasado, piel pálida/fría o piel enrojecida, ligera taquipnea, náuseas y vómitos, sed aumentada o debilidad)</p> <p>Comprobar el estado circulatorio: presión arterial, color y temperatura de la piel, ruidos cardiacos, frecuencia y ritmo cardiaco, presencia y calidad de pulso periféricos y relleno capilar.</p> <p>Analizar la orina para ver la presencia de sangre y proteínas según corresponda</p> <p>analizar y mantener una vía i.v. de calibre grande, según corresponda</p> <p>Administrar líquidos i.v. mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis según corresponda</p>	7 am	1 pm	7 pm
		7 am		7 pm

Fuente: Elaborado a las actividades propuestas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (Butcher et al., 2020)

Evaluación

Se estableció un periodo de seguimiento de 48 horas. Se observó el progreso de la paciente (evolución favorable del embarazo ectópico complicado, mejoramiento del dolor agudo y disminución de riesgo de hemorragia) y se determinó que el plan de cuidado fue efectivo respecto a los resultados planificados.

Evaluación del resultado del diagnóstico principal

Tabla 6

Puntuación del NOC principal del Diagnóstico Principal.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
Nivel del dolor	2	5	5	24 horas
Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.				

Fuente: Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC

Tabla 7
Puntuación de los indicadores del Diagnostico Principal.

INDICADORES	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(210201) Dolor referido	2	5	5	24 horas
(210204) Duración de los episodios del dolor	2	5	5	24 horas
(041316) Disminución de Hemoglobina.	3	5	5	24 horas
(210206) Expresiones faciales del dolor	2	5	5	24 horas

Fuente: elaboración propia basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC

Analizando los resultados obtenidos:

Como podemos comprobar hemos logrado la puntuación diana propuesta, siendo esta en el inicio una puntuación de 2, y tras un periodo de 24 horas, una puntuación de 5. Hemos logrado por tanto el alivio total del dolor en nuestra paciente.

En relación al (210201) Dolor referido, podemos afirmar que nuestra paciente comenzó con una puntuación de 2, subiendo del quirófano, trasladada a la REA y finalmente a la planta de maternal muy dolorida ya que no solo le dolía la incisión y alrededores si no que estaba muy incómoda con cualquier tipo de movimiento.

Respecto a (210204) Duración de los episodios del dolor, podemos decir lo mismo que lo anterior, hemos alcanzado exitosamente la puntuación propuesta en un plazo de 48 horas ya que reduciendo el nivel del dolor y el dolor referido se ha disminuido también la duración de esos episodios del dolor.

En lo referente a (210208) Inquietud, provocada por el dolor agudo que tenía hemos logrado también una puntuación de 5, a través de las distintas intervenciones que hemos realizado para eliminar el dolor. Igualmente hemos ido resolviendo todas las dudas que le surgían a nuestra paciente, así como también le hemos proporcionado información y la hemos aconsejado sobre su estado, haciendo así desaparecer esa inquietud.

Por último, en referencia a (210206) Expresiones faciales del dolor, igual que los anteriores hemos conseguido que nuestra paciente alcance la máxima puntuación de 5, como hemos comentado antes reduciendo el nivel del dolor, así como también su duración y la inquietud que presentaba, hemos conseguido cambiar la expresión facial siendo ésta última, una expresión facial positiva al final de los cuidados.

Nuestra paciente al subir de quirófano, el principal problema que presentaba era el dolor agudo en la zona de incisión siendo este un 8 sobre 10 en la escala numérica del dolor. Por lo que presentaba un nivel del dolor bastante alto acompañado de una duración de los episodios del dolor, lo que le provocaba inquietud e incomodidad, además de que la paciente nos refería ese dolor, nosotros, los enfermeros, también podíamos corroborarlo, ya que podíamos observar sus expresiones faciales del dolor. Tras

realizarle todo el conjunto de intervenciones como es el apoyo a nuestra paciente, la administración de analgésicos entre otras, hemos de decir que nuestra paciente se va de alta del hospital con un dolor de 0 en la escala numérica del dolor. Cabe destacar que hemos conseguido también que, tanto el NOC como sus indicadores han alcanzado una puntuación de 5, por lo que a partir de las intervenciones propuestas y realizadas hemos conseguido el objetivo de hacer desaparecer por completo el dolor de nuestra paciente.

Evaluación del resultado del Riesgo de Complicación principal.

La evaluación se realizó en relación a la comparación del estado inicial de la paciente y la efectividad de las acciones dirigidas a atender los problemas reales y potenciales.

Tabla 8
Puntuación del NOC del RC Principal.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(0413) Severidad de la Perdida de Sangre	4	5	5	24 horas
Escala Likert: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Normal.				

Fuente: Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC

Tabla 9
Puntuación de los indicadores del Riesgo de Complicación principal.

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(041307) Sangrado Vaginal	4	5	5	24 horas
(041313) Palidez de Piel y Mucosas.	4	5	4	24 horas
(041316) Disminución de Hemoglobina.	4	5	4	24 horas
(041311) Aumento de Frecuencia Cardíaca Apical	4	5	5	24 horas

Fuente: Elaboración propia basada en la clasificación de resultados de Enfermería NOC

Analizando los resultados obtenidos:

Como podemos observar en la tabla 6 la puntuación diana propuesta fue de 5, siendo esta al inicio una puntuación de 4, en el transcurso de un periodo de 24 horas se logró alcanzar una puntuación de 5. Por lo tanto, con los cuidados brindados y el tratamiento indicado se logra controlar la hemorragia en la paciente.

En relación con (041307) Sangrado Vaginal tuvo una puntuación inicial de 4, siendo la puntuación propuesta 5, se identificó la causa de hemorragia y se registró el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, llegando a una puntuación alcanzada de 5.

Respecto a (041313) Palidez de Piel y Mucosas., tiene una puntuación inicial de 4 ya que la paciente aun continua con palidez llego a una puntuación alcanzada de 4. No llegando a la puntuación propuesta de 5. En relación a (041316) Disminución de Hemoglobina, tiene una puntuación inicial de 3 ya que la paciente continua con una hemoglobina de 7.8 Se monitorizo signos y síntomas de la hemorragia persistente (es decir, comprobar todas las secreciones en busca de sangre evidente u oculta llego a una puntuación alcanzada de 4.

Finalmente (041311) Aumento de Frecuencia Cardiaca Apical, se observó las tendencias y fluctuaciones de la frecuencia cardiaca. Tuvo una puntuación inicial de 4 y una puntuación alcanzada de 5.

DISCUSIÓN

La paciente del presente estudio ingresó al servicio de Ginecología luego de ser atendida en la Unidad de recuperación Posanestésica. Presento dolor agudo como consecuencia de haber sido operada de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado y RC de Hemorragia como consecuencia de lo mencionado, en la que se encuentra su estado clínico de base.

Tras la revisión bibliográfica hemos obtenido numerosos estudios que muestran el papel fundamental que tiene enfermería con sus cuidados integrales y de calidad para ayudar a pacientes con este diagnóstico como menciona (Dulay, 2020) Las complicaciones del embarazo como es el caso del embarazo ectópico, cuando este estalla o se rompe la hemorragia puede ser grave e incluso potencialmente mortal para la vida de la mujer; cuanto más tarda la estructura en romperse, mas es la pérdida de sangre y mayor el riesgo de muerte. Por tal motivo realizar un buen plan de cuidados nos confiere autonomía para recopilar información y ejecutar una serie de actividades que fortalezcan las debilidades o malestares en los diferentes niveles: físicos, emocionales, espirituales y sociales.

En efecto realizar un plan de cuidados de enfermería como fundamento y método sistemático y dinámico para el cuidado, permite aplicar diversas teorías centradas en el paciente. Su aplicación requiere enfermeras que demuestren competencias teóricas, prácticas y personales, que les permitan valorar situaciones particulares, determinar diagnósticos de enfermería, planear acciones pertinentes, ejecutarlas y evaluar los resultados obtenidos con ellas. El PAE implica interacción entre la enfermera y el paciente para que entre ambos puedan identificar necesidades insatisfechas para éste y si es del caso, planear conjuntamente las acciones, amén de buscar estrategias para el afrontamiento. (Mejía, 2008).

El RC de hemorragia es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo y una causa significativa de morbilidad y mortalidad materno fetal. En este sentido las acciones de enfermería juegan un rol muy importante y están dirigidas a la prevención y evitar que este problema se instale. Como señala (Valencia, 2020); el embarazo puede implicar riesgos importantes para la mujer. Las complicaciones propias de la gestación pueden derivar en graves secuelas o incluso la muerte de la madre y/o feto trayendo consecuencias catastróficas para su entorno familiar y la sociedad en general. Cada día mueren en el mundo un promedio 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. De estas muertes el 99% ocurren en países en vías de desarrollo y la mayoría de ellas en zonas rurales.

Si bien es cierto las enfermeras en la práctica diaria realizan un gran número de actividades: recogen información de los pacientes, valoran sus problemas y la alteración de sus necesidades, establecen objetivos, planifican cuidados, realizan las intervenciones que responden a los objetivos y a la planificación de los cuidados, aplican tratamientos y, finalmente, evalúan la respuesta del paciente a las intervenciones de Enfermería y su evolución hacia la consecución de los objetivos establecidos y en todo este proceso se producen múltiples interacciones de sentimientos y de emociones.

Existen una serie de habilidades que el personal de enfermería en su diario quehacer le resultan imprescindibles: el autocontrol, el entusiasmo, la automotivación, la empatía, etc.; la presencia de las mismas facilita alinear recursos anímicos que propician mayor habilidad en la resolución de problemas, en fomentar relaciones interpersonales armoniosas, aumentando así habilidades sociales, lo que ayuda a potenciar el rendimiento laboral y generar defensas para la reacción positiva a la tensión y al stress.

En relación a la idea anterior son reafirmados por teóricas de enfermería como Jean Watson, que refirió: el objetivo de la enfermería consiste en facilitar la consecución por la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, autocuración y autocuidados. Watson sostiene que este objetivo se alcanza a través del proceso de asistencia de persona a persona y de las transacciones que dicho proceso genera.

Resulta claro que la inteligencia emocional y la teoría de Jean Watson: Filosofía y Ciencia de la asistencia; aplicada por el personal de enfermería al arte del cuidado constituye una estrategia en la cual la investigación puede apoyar la práctica, aumentando los beneficios para la disciplina y las personas en general, sustentando la experiencia clínica de cada profesional y permitiendo mejorar la toma de decisiones sobre las acciones profesionales. (Watson, 2014)

En conclusión, la importancia de realizar una excelente valoración de Enfermería permitirá evitar riesgos de complicación y por ende alguna secuela que podría ser en algunos casos daño irreversible en la paciente. Los cuidados de Enfermería son vitales con conocimiento científico para la evolución favorable de una paciente, brindándole cuidados diarios y viendo a la persona de una manera holística, logran mejorar la situación de salud e incorporarse a su familia y sociedad.

LIMITACIONES

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo del estudio fueron las siguientes:

Limitación en el tiempo para hacer el seguimiento del caso en estudio ya que la gravedad de la situación en la que se encuentra la paciente y las consecuencias que conlleva, requieren de mayor tiempo para la mejoría que se ha obtenido tras las acciones llevadas a cabo. Por ello, continuará con un plan de cuidados de enfermería a largo plazo.

La inaccesibilidad para recabar información de la misma paciente, ubicarla fue una limitante en hacer el seguimiento del caso y si solo lo empleamos el tiempo que estuvo hospitalizada.

La limitación de autorización para ingreso de familiar.

Al aplicar la atención de enfermería, tuvimos la limitante de encontrar los diagnósticos y las intervenciones adecuadas para la patología de la paciente debido a que en el NOC no se ubica el diagnóstico de embarazo ectópico. Se necesita de una atención integral con calidad y calidez en forma holística, individualizada, jerarquizada y continua para lograr su pronta recuperación e integración a la sociedad.

CONCLUSIONES

Se hace necesario el empoderamiento en el manejo de los cuidados de enfermería en los eventos obstétricos como es el caso del embarazo ectópico, esto permitirá al profesional de enfermería administrar los cuidados de forma oportuna y asertiva.

Se hace apremiante que el profesional de enfermería conozca a profundidad sobre las causas y factores de riesgo del embarazo ectópico a fin de prevenir que estas se presenten; también se resalta el manejo en el tratamiento que le permita actuar con prontitud para evitar complicaciones.

La hemorragia es un riesgo de complicación del embarazo ectópico que podría provocar shock hipovolémico durante el proceso incluso llevar a la muerte. Esto amerita el compromiso del profesional de enfermería especialista en gineco obstetricia para el uso de las medidas preventivas de hemorragia a fin de evitar que estas se presenten o revertir el caso si es problema esta instalada que impactara en la salud de la madre y el feto

Se considera de vital importancia el rol de enfermería en la atención del dolor en los casos de embarazo ectópico, donde se resaltan el tratamiento farmacológico y no farmacológico que el profesional administra en sus cuidados a fin de mitigar la intensidad del dolor y favorecer el bienestar de la paciente. Finalmente se resalta que el profesional de enfermería debe conocer y aplicar el proceso de atención de enfermería como herramienta fundamental de los cuidados que administra, haciendo uso del lenguaje estandarizado a través de la interrelación de la taxonomía NANDA internacional, NOC, NIC y el uso de problemas de colaboración de Lynda Juall Carpenito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional Materno Perinatal. (2020). Guías de práctica clínica y de procedimiento en Ginecología. Obtenido de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1310127/RESOLUCION%20DIRECTORAL%20N%C2%B0054-2020-DG-INMP/MINSA.pdf>
2. Alfredo Covarrubias-Gómez, Arturo Silva-Jiménez, Eduardo Nucho-Cabrera, Mauricio Téllez-Isaías. (Octubre - Noviembre de 2006). El manejo del dolor postoperatorio en obstetricia: ¿Es seguro?'. Revista Mexicana de Anestesiología, 29(4), 231-239. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma064g.pdf>
3. Cabezas, E. (2015). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 41(2), 99-105.
4. Cardona Duque, E. (2000). Manejo de líquidos en el paciente quirúrgico. IATREIA, 221-229.
5. Colegio de Enfermería de Navarra. (Diciembre de 2017). Hemorragias. Obtenido de <https://cinfasalud.cinfa.com/p/hemorragias/>
6. Cruz, P. (2019). Hábitos de prescripción y conocimientos sobre analgésicos opioides en profesionales de la Pediatría.
7. Fernández Arenas, C. (2011). El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 37.
8. Fernández, A., Vizcaino, A., Rodríguez, I., Carretero, P., Garrigosa, L., & Cruz, M. (2010). Hemorragia durante la cesárea: Factores de Riesgo. Clínica e investigación en Ginecología y obstetricia, 89-132. doi:10.1016/j.gine.2009.06.002
9. García, C., Flores, M. d., Gómez, V., Gordillo, A., & García, C. (2014). Proceso de Enfermería en pacientes de postcesárea: Un reto para el sector salud Mexiquense. Revista Horizonte, 29-36.
10. García, R. (2013). PROTOCOLO ELABORADO POR EL EQUIPO IMPULSOR IMPLICADO EN LA.
11. Hanrahan. (2019). Cuidados paliativos: la importancia de controlar el dolor.

12. Herdman & Kamitsuru. (2018). Diagnosticos enfermeros. Definicion y clasificacion. En NANDA international, Inc. (pág. 468). España: elsevier.
13. Instituto Nacional Materno Perinatal. (2018). GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA. Lima: Gráfica Delvi S.R.L.
14. Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. An. Sist. Sanit. Navar., 159-167.
15. Llorente. (noviembre de 2007). complicaciones en embarazo ectopico. Obtenido de <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/factores-asociados-al-embarazo-ectopico.php?aid=1103>
16. Miro. (octubre de 2000). Hemorragias. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-las-hemorragias-15332>
17. Natalia Carvalho Borges 1. (s.f.).
18. Natalia Carvalho Borges, B. C. (Octubre de 2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. Enfermería Global(48), 354-363. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>
19. OMS. (2017).
20. Orellana, J. (2016). Embarazo ectópico complicaciones y factores de riesgo estudio a realizar en pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de Procel año 2013 - 2015. Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18577/1/EMBARAZO_ECTOPICO_COMPLICACIONES_Y_FACTORES_DE_RIESGO.pdf
21. Ovalle, Martha Patricia Lázaro; Pedro José Herrera Gómez. (2018). Caracterización del dolor agudo postoperatorio en pacientes llevadas a cesárea más ligadura tubárica, cesárea o ligadura tubárica bajo anestesia regional. CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES. Bogotá, Colombia. Obtenido de bdigital.unal.edu.co/62085/1/1091533505.2018.pdf
22. Palomino, Z. Z. (2018). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTOPICO. Obtenido de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1412/WZPALOMINOZ.pdf?sequence=1>
23. Perez. (2009). hemorragia post parto.
24. Quispe, R. (2019). Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho periodo septiembre 2017 - septiembre 2018 [Universidad Nacional del Altiplano]. Obtenido de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11076/Quispe_Vargas_Rosa_Senaida.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Rorarius, M. (1993). Diclofenac and ketoprofen for pain treatment after elective caesarean section. British Journal of Anaesthesia, 293-297.
26. Rosales Barrera, S. (2004). Fundamento de Enfermería 3º Edición. México, México : El Manual Moderno.
27. Salcedo, H. (2018). Factores epidemiológicos y su incidencia asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” julio 2013 - junio 2017. Obtenido de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2418>
28. Zapata. (2015). La cirugía pélvica y el ectopico previo en la epidemiología del embarazo ectopico. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 27-32

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

