

ORIGINAL

Nursing process for a patient with ectopic pregnancy in the Gynecology Department of a hospital in Arequipa

Proceso de enfermería a paciente con embarazo ectópico del Servicio de Ginecología de un hospital de Arequipa

Olivia E. Pulcha-Llerena¹, Sofía D. Vivanco-Hilario¹, Wilter C. Morales-García¹  

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

Citar como: Pulcha-Llerena OE, Vivanco-Hilario SD, Morales-García WC. Nursing process for a patient with ectopic pregnancy in the Gynecology Department of a hospital in Arequipa. Multidisciplinar (Montevideo). 2024; 2:89. <https://doi.org/10.62486/agmu202489>

Recibido: 08-12-2023

Revisado: 04-04-2024

Aceptado: 07-08-2024

Publicado: 08-08-2024

Editor: Telmo Raúl Aveiro-Róbaldo 

ABSTRACT

Introduction: ectopic Pregnancy is the implantation and subsequent development of the fertilized ovum outside the endometrial cavity, with greater prevalence in the uterine tubes.

Tubal rupture and hemorrhage causes morbimortality and is considered a true medical emergency.

Objective: to elaborate the nursing care process oriented to a patient with ectopic pregnancy.

Method: this is a descriptive qualitative research work, with a single case design, aimed at a 35-year-old patient. The Nursing Care Process was used, applying Margory Gordon's functional patterns as an assessment instrument.

Results: 6 nursing diagnoses were identified, prioritizing the main diagnosis: acute pain r/c biological injury agent manifested by verbal expressions and VAS scale 10/8. Nursing interventions were applied with effective result achieving improvement with change score +2; before PC extrauterine pregnancy and Shock CR are still in the process of improvement.

Conclusions: the clinical manifestations of an ectopic pregnancy were identified in the patient; the complication risk factors were determined and the nursing role was described by applying preventive care in hypovolemic shock. Collaborative problems and risks were identified and addressed through the nursing interventions and activities included in the EAP for ectopic pregnancy, achieving better health status.

Keywords: Ectopic Pregnancy; Nursing Care Process.

RESUMEN

Introducción: el Embarazo Ectópico es la implantación y posterior desarrollo del óvulo fertilizado fuera de la cavidad endometrial, con mayor prevalencia en las trompas uterinas. La ruptura tubárica y la hemorragia ocasiona morbimortalidad y se considera una verdadera emergencia médica.

Objetivo: gestionar el proceso de atención de enfermería orientado a una paciente con Embarazo Ectópico.

Método: el presente trabajo de investigación es cualitativa de tipo descriptivo, con un diseño de caso único, dirigido a una paciente de 35 años, se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería aplicando el como instrumento de valoración los patrones funcionales de Margory Gordon.

Resultados: se identificaron 6 diagnósticos de enfermería, priorizando el diagnóstico principal: dolor agudo r/c agente lesivo biológico manifestado por expresiones verbales y escala de EVA 10/8. Las intervenciones de enfermería se aplicaron con resultado eficaz logrando mejoría con puntuación de cambio +2; ante el PC embarazo extrauterino y RC de Shock aún están en proceso de mejoría.

Conclusiones: se logro identificar en la paciente las manifestaciones clínicas de un embarazo ectópico, se determinaron los factores de riesgo de complicación logrando describir el rol de enfermería aplicando lo

cuidados preventivos en Shock Hipovolémico. Se identifico problemas y riesgos de colaboración que fueron atendidos mediante las intervenciones y actividades de enfermería plasmados en el PAE para embarazo ectópico, logrando mejor estado de salud.

Palabras clave: Embarazo Ectópico; Proceso de Atención de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El Embarazo Ectópico es la implantación y desarrollo del óvulo fertilizado fuera de la cavidad endometrial. (Huerta y López, 2022a). Marion y Meeks (2012, como se citó en Ruiz, 2019a) explican que el embarazo ectópico se define como la implantación del blastocito fuera del endometrio, un 95 % se aloja en las trompas uterinas, siendo esta la más común; se puede desarrollar en otros sitios, tales como el ovario o intra abdominal. La morbimortalidad en pacientes con embarazos ectópicos, se debe a causa de una ruptura tubárica y la hemorragia intra abdominal; es una de las principales emergencias obstétricas la cual requiere de una pronta actuación.

Según la OMS, las principales causas de mortalidad en la paciente gestante son las hemorragias graves, las infecciones post parto y las enfermedades hipertensivas del embarazo, dentro de las causas el shock es una de las principales causas de muerte en las gestantes, hasta las 42 semanas después del parto. (Marik y Weinmann, 2019a).

Durante los años de 1998-2005, las causas más resaltantes de mortalidad en mujeres gestantes en Norteamérica fueron las hemorragias con una 2,5 %, dadas por rotura de embarazo ectópico, placenta previa, placenta acreta, retención de restos post parto, coagulopatía, atonía uterina; con un 10,2 % la tromboembolismo pulmonar; un 7,5 % el embolismo de líquido amniótico; el 12,3 % dadas por complicaciones hipertensivas; 10,7 % por enfermedad hipertensiva del embarazo; 10,7 % por sepsis; 1,2 % complicaciones de la anestesia; las miocardiopatía periparto con un 11,5 %; accidente cerebrovascular corresponden a un 12,4 % (Pacagnella y Borovac-Pinheiro, 2019).

La incidencia de embarazos ectópicos a nivel mundial se ha incrementado siendo alrededor de 1 a 2 % de todos los embarazos confirmandos, alrededor del 75 % de las muertes en el primer trimestre y 9 % de todas las muertes están relacionadas al embarazo ectópico, por lo tanto, es considerada como una causa importante de mortalidad durante el embarazo (Liang et al., 2019). Según Ccayanchira y Sicha (2022) se estima que el 1,4 % del total de los embarazos en los Estados Unidos corresponde a embarazos ectópicos.

En el Perú no se han realizado muchos estudios sobre el embarazo ectópico. La tasa de embarazo ectópico, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé fue de 1 en 767 embarazos; el Instituto Materno Perinatal indica que fueron de 3,3 en 1.000 embarazos (Quispe, 2019).

Varma R et al. (2009, como se citó en Mieles y Rosado, 2021a) coinciden en que las manifestaciones clínicas aparecen a partir de la semana siete de gestación, así mismo el dolor y el sangrado se manifiestan por el crecimiento anormal del embarazo y la distensión del lugar de su implantación. La ruptura del ectópico tubárico está dada alrededor de la novena semana de gestación, la clínica está dada por el compromiso hemodinámico e irritación peritoneal y desencadenar en un shock hipovolémico

El embarazo ectópico tiene como complicación principal al Shock Hipovolémico que se ocasiona por la pérdida abundante de sangre a nivel intrabdominal ocasionando deficiencia del volumen sanguínea e hipoxia en los tejidos como consecuencia alteración que afectan la hemodinamia corporal e incluso puede conllevar a la muerte (Chiguay, 2021a).

El tratamiento de primera elección en el embarazo ectópico complicado es el quirúrgico, por lo que sugiere mayor observación y apoyo emocional, debido a la resección total a parcial del órgano afectado (Gasparri et al., 2018a). El objetivo del tratamiento quirúrgico es la conservación máxima de la función reproductora. (Huerta y López, 2022b). Existe el tratamiento médico con Metrotexate para embarazo ectópico con de ≤ 4 cm, sin actividad cardíaca fetal, sin signos de ruptura y con una B-hcg < 5000 UI/ml (Garita y Alvarado, 2021a).

Las intervenciones y actividades de enfermería considerados en el PAE para un embarazo ectópico están basados en los conocimientos científicos, dirigidos a atender las manifestaciones clínicas y los factores de riesgos del embarazo ectópico, La paciente de estudio, fue atendida desde el ingreso a emergencia de gineco obstetricia, con antecedentes de embarazo ectópico anterior por lo que su condición reproductiva es de alto riesgo. Se aplico el PAE recolectando datos mediante la valoración de Maryori Gordon, que proporcionó la identificación de seis diagnósticos de enfermería y se priorizo: dolor agudo r/c agente lesivo biológico manifestado por expresiones verbales y escala de EVA 10/8; así mismo se identificó como problema de cola barión: PC el embarazo extrauterino, priorizando el RC de Shock Hipovolémico.

Aplicando la metodología científica del PAE se permitió brindar una adecuada atención de enfermería, ejecutando las intervenciones de manera oportuna y eficaz, logrando los objetivos propuestos que permitieron mantener la hemodinamia corporal y disminuir la situación crítica de salud actual. La priorización de las

actividades determinó el manejo del shock hipovolémico asegurando un mejor pronóstico, quedando pendiente intenciones en el proceso de recuperación (Carvajal y Sánchez-Herrera, 2018a).

El profesional de enfermería enfoca su trabajo en el cuidado humano basado en el PAE, por medio del cual diagnóstica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones, también considera la integralidad, totalidad, seguridad, así como la continuidad requerida por el sujeto de cuidado en diferentes momentos y en diferentes escenarios (Carvajal y Sánchez-Herrera, 2018b).

Iyer y Taptich (2008) y Naranjo-Hernández et al. (2018) dicen que el Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas:

- Valoración: consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.
- Diagnóstico de enfermería: que aporta las bases para la selección de intervenciones y/o actividades de enfermería que se generan de acuerdo a la valoración de enfermería.
- Planificación: aquí se establece la elaboración del plan para evitar, reducir o corregir los problemas, fijar resultados e intervenciones de enfermeras.
- Ejecución: es la puesta en práctica de los cuidados planificados.
- Evaluación: es el contraste de lo planificado entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Mediante el estudio realizado se busca aplicar un protocolo de PAE para la atención de pacientes con embarazo ectópico en el servicio de emergencia gineco obstétrica, conduciendo a evitar las complicaciones mediante cuidados competentes y de calidad para la pronta recuperación de la paciente.

Objetivo General

Elaborar el proceso de enfermería dirigido a paciente con Embarazo Ectópico utilizando las taxonomías NANDA, NIC, NOC y Modelo AREA.

Objetivos Específicos

Valorar en la paciente las manifestaciones clínicas que se presentan en el embarazo ectópico

Determinar los factores de riesgo de complicación en el Embarazo Ectópico. Describir el rol de enfermería en la atención de paciente con embarazo ectópico. Formular un plan de cuidados de enfermería en paciente con embarazo ectópico, mediante la taxonomía NANDA, NIC, NOC y Modelo Bifocal de Lynda Carpenito.

Marco Teórico

Definición

Se define al Embarazo Ectópico como la implantación y posterior desarrollo del óvulo fertilizado fuera de la cavidad endometrial (Huerta y López, 2022c).

Se considera al embarazo ectópico es una condición complicada debido a su gravedad, lo que ocurre cuando el blastocito se implanta fuera del endometrio de la cavidad uterina, siendo una de las principales emergencias obstétricas que se presenta durante los tres primeros meses de embarazo (Martínez et al., 2018).

Marion y Meeks (2012, como se citó en Ruiz, 2019b) explican que el embarazo ectópico se define como la implantación del blastocito fuera del endometrio, un 95 % se aloja en las trompas uterinas, siendo esta la más común; se puede desarrollar en otros sitios, tales como el ovario o intra abdominal. La morbimortalidad en pacientes con embarazos ectópicos, se debe a causa de una ruptura tubárica y la hemorragia intra abdominal, por lo tanto, es considerada una de las principales emergencias obstétricas la cual demanda manejo adecuado e inmediato.

Durante los años de 1998-2005 las causas más resaltables de mortalidad en mujeres gestantes en Norteamérica fueron las hemorragias con una 2,5 %, dadas por rotura de embarazo ectópico, placenta previa, placenta acreta, retención de restos post parto, coagulopatía, atonía uterina; con un 10,2 % la tromboembolismo pulmonar; un 7,5 % el embolismo de líquido amniótico; el 12,3 % dadas por complicaciones hipertensivas; 10,7 % por enfermedad hipertensiva del embarazo; 10,7 % por sepsis; 1,2 % complicaciones de la anestesia; las miocardiopatía periparto con un 11,5 %; accidente cerebrovascular corresponden a un 12,4 % (Pacagnella y Borovac-Pinheiro, 2019).

En nuestro país no se han realizado muchos estudios sobre el embarazo ectópico. La tasa de embarazo ectópico, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé fue de 1 en 767 embarazos; el Instituto Materno Perinatal indica que fueron de 3,3 en 1.000 embarazos (Quispe, 2019).

El diagnóstico del embarazo ectópico debe ser rápido esto permite poder preservar el potencial reproductivo y la funcionalidad de la trompa. En cuanto al tratamiento quirúrgico, por medios laparoscópicos, cuando son diagnosticados antes de que exista una ruptura de trompa, son una alternativa segura (Chinizaca, 2019a).

Fisiopatología

Las células trofoblásticas del embarazo ectópico son similares a los fetos normales y segregan hormona

gonadotropina coriónica (HGC), con sustento de cuerpo lúteo que libera estrógenos y progesterona que provocan los cambios de la primera fase del embarazo. La evolución en las primeras semanas se presenta con normalidad debido a que la fecundación se ha realizado correctamente y es la implantación la que resulta patológica (Ruiz et al., 2019c).

El embarazo ectópico se vincula a factores de riesgo que dañan la trompa y alteran el traslado del embrión. Estos factores de riesgo son la cirugía tubárica, la salpingitis, el embarazo ectópico previo, la endometriosis, las anomalías congénitas de las trompas y las adherencias secundarias a intervenciones quirúrgicas sobre el útero, el ovario y otros órganos pélvicos o abdominales (Parra, 2019a).

El lugar que se presenta con mayor frecuencia del embarazo ectópico es el tubárico. El motivo de la implantación incorrecta está relacionado a problemas en la trompa de Falopio y el ovario por la interrupción precoz en la migración del óvulo fecundado, sin presentar los síntomas de un embarazo ectópico. El embarazo continuo y suele llegar al segundo o tercer mes, donde se observa la implantación del huevo en diferentes localizaciones (Mamani, 2018).

Clasificación y Localización

Las implantaciones anormales pueden ser extrauterinas en el ovario, trompas uterinas, en la cavidad abdominal, peritoneo o intrauterinos a nivel del cuello uterino (Ruiz et al., 2019d).

La clasificación de los embarazos ectópicos es según su gravedad o según el lugar de implantación del cigoto.

El 98,3 % de embarazos ectópicos están dados por el embarazo tubárico, seguida de la implantación en la zona ampular, ístmica, fimbria e intersticial. De hecho, el 1,7 % de la implantación se da fuera de la trompa uterina ubicándose en el ovario, abdomen y cuello uterino (Bombilla, 2021).

En cuanto a la localización del embarazo ectópico, se ubica en frecuencia de la siguiente manera, según Mieles y Rosado (2021b):

- Trompa de Falopio: 98,3 %
- Región ampular: 79,6 %
- Istmo: 12,3
- Fimbria: 6,2 %
- Cuerno: 1,9 %
- Ovario: 0,5 %
- Cuello uterino: 0,15
- Abdomen: 0,03 %

Manifestación Clínica

No existen síntomas patognomónicos del embarazo ectópico, los síntomas que se presentan podrían ser inespecíficos como amenorrea seguidas de hemorragias; De hecho, cuando existe un embarazo ectópico roto se caracteriza por dolor abdominal intenso y signos de irritabilidad peritoneal. Cuando la paciente es examinada presenta dolor intenso al tacto vaginal, y se puede palpar una masa pélvica a nivel anexial. Además, se puede encontrar a la paciente con sangrado y presencia de anemia que puede progresar a un shock hipovolémico (Morales, 2018).

Las manifestaciones clínicas están sujetas a la gravedad y líquido perdido, y el impacto que provoca en el medio interno. Los síntomas provocados debido a la hipovolemia se vinculan con la reducción de la perfusión tisular. Los más precoces incluyen lasitud, fatiga fácil, sed, calambres y mareos posturales (Mieles y Rosado, 2021c).

Los síntomas más comunes del embarazo ectópico están dados por una terna común que radica en dolor abdominal, masa pélvica y amenorrea, en algunas ocasiones sangrado transvaginal. Estos síntomas están presentes en aproximadamente el 80% de las pacientes, el síntoma principal por lo que las pacientes consultan es el dolor pélvico. Cabe señalar que otros síntomas que se presentan son la hipersensibilidad abdominal, hipersensibilidad anexial, dolor a la movilización del cérvix, aumento del tamaño uterino, fiebre, mareos, náuseas (Hendriks, 2020a).

Varma R et al. (2009, como se citó en Mieles y Rosado, 2021d) cita a y coinciden en que las manifestaciones clínicas aparecen a partir de las semanas siete de gestación, así mismo el dolor y el sangrado se manifiestan por el crecimiento anormal del embarazo y la distensión del lugar de su implantación. La ruptura del ectópico tubárico está dada alrededor de la novena semana de gestación, se manifiesta con riesgo hemodinámico e irritación peritoneal, el que prospera a un shock hipovolémico o cuando.

Factores de Riesgo

Están asociados fuertemente con las patologías que ocasionan trastorno dentro del mecanismo normal de conducción de la trompa de Falopio. De hecho, cuanto más lesión exista en la trompa, mayor es el riesgo de desarrollar un embarazo ectópico (Morales, 2018).

Los factores de riesgo incluyen antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, tabaquismo, cirugía de las trompas de Falopio, embarazo ectópico previo e infertilidad. (Hendriks, 2020c).

El embarazo ectópico después de una ovulación y fertilización naturales, se asocia con factores de riesgo que lesionan la trompa y alteran el transporte del embrión tales como la cirugía tubárica previa, la salpingitis, el embarazo ectópico previo, la endometriosis, las anomalías congénitas de las trompas y las adherencias secundarias a intervenciones quirúrgicas sobre el útero, el ovario y otros órganos pélvicos o abdominales (Pincay, 2021).

Finalmente podemos decir que los factores de riesgo más comunes para desarrollar un embarazo ectópico son:

- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Uso del dispositivo intrauterino.
- Infecciones genitales previas.
- Infecciones de transmisión sexual, especialmente causada por *chlamydia trachomatis*.
- Embarazo tubárico anterior.
- Alteraciones congénitas (divertículos, trompas atrésicas, hipoplasias).
- Coito antes de los 18 años y promiscuidad
- Cirugía de hemiabdomen inferior, la cual es causada por apendicetomía o adherencias peritoneales.
- Reproducción asistida.
- Fumar, debido a la toxicidad de la nicotina sobre la trompa.
- Edad materna.

Complicaciones

El embarazo ectópico con ruptura, provoca una hemorragia que se presenta de forma gradual o de manera rápida, pudiendo producir shock hipovolémico, la sangre en el peritoneo produce finalmente peritonitis. Por lo tanto, se considera que la primera complicación es la hemorragia que conlleva a la anemia, poniendo en riesgo de vida a la gestante, pudiendo llegar a la histerectomía; por shock hipovolémico (Chiguay, 2021b).

En cuanto al embarazo ectópico abdominal se presentan complicaciones como la peritonitis, absceso pélvico y la sepsis (Chiguay, 2021c).

De acuerdo con Morales (2018), las complicaciones más frecuentes del embarazo ectópico son:

Hemorragia, siendo una de las primeras complicaciones en presentarse.

Sepsis: por la presencia de restos trofoblástico que quedan presentes en el lugar de implantación.

Shock hipovolémico: se da por la pérdida de sangre a nivel vaginal, lo que causa una deficiencia de volumen circulante y a su vez el oxígeno en los tejidos y los órganos quedan disminuido, lo que provoca diversas alteraciones internas y puede conllevar a la muerte (Morales, 2018). El Abdomen agudo, en ginecología, es la causa más común que está dada por el embarazo ectópico; siendo de localización muy frecuente de origen tubárico. (Morales, 2018)

Por otro lado, la ruptura de las trompas de Falopio, dan lugar a hemorragias en la cavidad abdominal, así como shock y colapsos circulatorios, anemia, shock hipovolémico y sepsis (Bertin et al., 2019).

Por lo tanto, el shock hipovolémico es la consecuencia de diferentes condiciones clínicas o quirúrgicas que va a producir una pérdida rápida e importante de volumen (hipovolemia), déficit de perfusión tisular y falla de múltiples órganos (Kislitsina, 2019).

Diagnóstico

El diagnóstico de un embarazo ectópico se basa en la ecografía transvaginal y en los resultados analíticos en sangre y orina de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG). Si la paciente está en condición inestable, después de la sospecha clínica, por la presencia de síntomas como sangrado transvaginal, dolor abdominal, dolor pélvico unilateral y se asocia a inestabilidad hemodinámica, el diagnóstico se confirma al momento de la exploración quirúrgica (Garita y Alvarado, 2021b).

Tratamiento

El tratamiento del embarazo ectópico implica el manejo médico con el uso de metotrexato intramuscular, y el manejo quirúrgico a través de salpingostomía o salpingectomía. Una paciente que presente signos peritoneales o inestabilidad hemodinámica debe ser ingresada inmediatamente para cirugía (Hendriks, 2020d).

El manejo de las pacientes con inestabilidad hemodinámica debe ser con prontitud y debe buscarse un buen acceso venoso, con venocath N° 18. Toma de muestra sanguínea para análisis de emergencia como hemoglobina, hemograma, tiempos de coagulación e iniciar la administración parenteral de cristaloides a infusión rápida. Por último, la diuresis debe ser cuantificada en todo momento (Parra, 2019b).

Tratamiento Médico

Es el método utilizado de preferencia por muchos médicos que buscan conservar la fertilidad de la paciente,

es un tratamiento que se realiza siempre y cuando el diagnóstico sea temprano y oportuno, por consiguiente, está indicado en mujeres hemodinámicamente estables, con embarazo ectópico de <4 cm, sin actividad cardíaca fetal, sin signos de ruptura y con una B- hCG <5000 UI/ml (Garita y Alvarado, 2021c).

Metotrexato: es un opuesto al ácido fólico, interfiere con la síntesis de ADN y en la multiplicación celular. Tiene una gran afinidad por el tejido trofoblástico, actúa inhibiendo su rápida proliferación celular, es un tejido especialmente vulnerable a la acción del metotrexato, lo hace por medio de la inhibición de purinas y pirimidinas, que al no sintetizarse también afecta a la síntesis de ADN (Chinizaca, 2019b).

El metotrexato es un fármaco con fuertes efectos secundarios sobre las células somáticas, es decir, aquellas que tienen una capacidad de reproducción rápida. Este fármaco se ha utilizado principalmente para el tratamiento de Embarazos Ectópicos y tumores malignos. No existen muchos estudios con respecto a los efectos secundarios del fármaco sobre las células reproductoras femeninas (Tian et al., 2018).

Tratamiento Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico está sujeto al estado general de la paciente, así como sus deseos de ser madre y la situación en el que se encuentre el embarazo tubárico. El método elegido para el tratamiento quirúrgico es la laparoscopia diagnóstica con salpingostomía y busca conservar las trompas. La laparotomía está indicada en caso de inestabilidad hemodinámica porque permite un acceso rápido a las estructuras pélvicas (Gasparri et al., 2018b).

La salpingectomía está constituida en la remoción parcial o total la trompa dañada.

En cuanto a la Salpingostomía es utilizada para retirar embarazos ectópicos de 2 cm de longitud. Se lleva a cabo una incisión sobre la trompa comprometida por el saco gestacional sustrayendo el contenido causando el menor daño sobre la trompa, las hemorragias pequeñas se detienen por electro cauterización. Esta técnica es una buena alternativa ya que es más conservadora (Huerta y López, 2022d).

Por último, se menciona que el tratamiento del ectópico ha sido siempre quirúrgico y por mucho tiempo la salpingectomía fue una la intervención de elección. La laparoscopia ha sustituido a la laparotomía, en cuanto a conservar la fertilidad y los deseos de ser madre de las pacientes, la Salpingostomía lineal ha sustituido la salpingectomía, siempre y cuando no exista daño tubárico extenso (Alonzo et al., 2019).

Cuidados de Enfermería en el embarazo ectópico

La intervención y/o actividades de enfermería están basadas en conocimientos científicos, precisando de estrategias para una oportuna intervención utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Esta permitió tomar la mejor decisión en favor de la estabilidad y recuperación del usuario (Melgarejo, 2018a).

Moltó (2022), nos describe los cuidados de enfermería que se debe tener con una paciente con embarazo ectópico, y nos menciona las siguientes:

- Valorar el dolor y la analgesia, si precisa.
- Control de la hemorragia: reposición de líquidos, vigilar signos de shock.
- Valorar el estado de conciencia, perfusión de piel y mucosas.
- Educar sobre la importancia de llevar un ciclo menstrual.
- Iniciar el manejo de emergencia obstétrica.
- Buscar signos de hipovolemia.
- Pruebas de laboratorio.
- Valorar el tipo de tratamiento.
- Enseñar técnicas de relajación.
- Manejo y apoyo emocional respecto a lo que esté pasando.

Prevención

Los embarazos ectópicos no pueden prevenirse, pero estas son algunas maneras de disminuir el riesgo:

- Dejar de fumar.
- Limitar el número de parejas sexuales
- Utilizar preservativo en las relaciones sexuales que no sean seguras, para ayudar a prevenir las infecciones de transmisión sexual y puede reducir el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (Núñez, 2018).
- Por último, el control y prevención de factores de riesgo que puedan conllevar a tener un posible embarazo ectópico se debe tener controles ginecológicos periódicos (Lizardo, 2021).

Dolor Agudo

Es la experiencia emocional y sensorial incomoda relacionada al daño tisular real o potencial, con un inicio inesperado o pausado de cualquier intensidad que va desde ligero a severo, con un final prematuro o anticipado y con una duración inferior a los tres meses (Herdman y Kamitsuru, 2018a).

De acuerdo con Torcal y Ventoso (2020a) la clasificación son las siguientes:

Dolor Agudo: es un dolor de corta duración que se suele sentir después de una enfermedad, lesión, cirugía o de un parto. El pronto respuesta a la administración de analgesia. Si la duración excede de 3 o 6 meses puede considerarse como crónico (Torcal y Ventoso, 2020b).

Dolor crónico: es aquel que persiste más allá de lo normal para una enfermedad aguda (3 o 6 meses) o después del tiempo razonable de curación persiste que no desaparece o que regresa con frecuencia, El dolor deja de ser un síntoma y pasa a ser una enfermedad.

Ejemplos: neuropatía diabética, neuralgia del trigémino (Torcal y Ventoso, 2020c).

Nociceptivo

Somático: es aquel cuyo origen es la información nociceptiva procedente de cualquier tejido que constituye la estructura del cuerpo, producido por estímulos mecánicos, térmicos o químicos.

Visceral: se origina en los receptores de las vísceras.

Neuropático: es el resultado del daño o lesión directa de estructuras nerviosas la disfunción del sistema nervioso periférico o central. Descrito como sensación desagradable, quemante, punzante.

Mixto: combinación de más de un tipo de dolor (Torcal y Ventoso, 2020d).

El dolor agudo está relacionado a diversos factores causales, entre ellos: agente lesivo químico, lesión por agentes biológicos y lesiones por agentes físicos (NANDA, 2020).

El dolor agudo se define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, asociada con daño tisular, de 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 y Kamitsuru, 2018b).

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) define al manejo del dolor como al alivio del dolor o disminución de dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable por el paciente (Butcher et al., 2018a).

Como afirma Pérez (2022): “El dolor agudo pone en marcha ciertos mecanismos de evitación o protección, que pueden estar acompañados de hiperreactividad del sistema nervioso autónomo, lo cual se manifiesta con la asociación del dolor agudo a la ansiedad y con signos físicos autonómicos, como palidez, sudoración, vómitos, hipertensión, taquicardia, entre otros”.

De acuerdo con Murillo (2020a): “El dolor es una experiencia subjetiva, así que será el propio paciente el que describa y evalúe verbalmente la intensidad del dolor y los síntomas asociados al mismo y se hace necesaria una valoración exhaustiva del dolor utilizando alguna de las escalas preestablecidas como la escala visual analógica (EVA) que mide la intensidad del dolor”.

El dolor abdominal es una señal probable del desarrollo de un embarazo ectópico, este tipo de dolor está relacionado a él desarrolla del feto en una cavidad más pequeña de lo normal, que puede ser la trompa de Falopio, este ejecuta presión en el tejido que lo rodea enviando señales de dolor a la madre. El dolor pélvico es uno de los síntomas más comunes, motivo por el cual asisten al servicio de emergencia. Aproximadamente el 95 % de las mujeres con embarazo tubárico presentan dolor en región pélvica y abdominal (Berrios, 2019).

Por tanto, la valoración de enfermería de un embarazo ectópico, debe estar centrada en las manifestaciones clínicas que se presentan, siendo la principal el dolor abdominal, de tipo cólico, que es uno de los síntomas característicos de la triada clásica, anteriormente descrita; es así que la valoración del dolor es de gran importancia, dentro de las actividades de enfermería, y se puede utilizar como herramienta la escala visual análoga (Murillo, 2020b).

Por lo tanto, en los cuidados de enfermería a una paciente con embarazo ectópico, se puede valorar que el problema más resaltante es el dolor agudo, tanto pre como post quirúrgico, por lo cual la actuación debe ser de forma rápida y oportuna (De la Cruz, 2018).

Shock Hipovolémico

El shock hipovolémico es la consecuencia de diferentes condiciones clínicas o quirúrgicas que va a producir una pérdida rápida e importante de volumen (hipovolemia), déficit de perfusión tisular y falla de múltiples órganos (Kislitsina, 2019).

Indistinta a la causa el shock produce una insuficiencia circulatoria por lo que los tejidos reciben un insuficiente aporte de glucosa y oxígeno, si no se logra controlar se produce irreversiblemente un daño celular, por consecuencia la muerte celular (Chiguay, 2021d).

Según la OMS, las principales causas de mortalidad en la paciente gestante son las hemorragias graves, las infecciones post parto y las enfermedades hipertensivas del embarazo, dentro de las causas el shock es una de las principales causas de muerte en las gestantes, hasta las 42 semanas después del parto (Marik y Weinmann, 2019b).

Las complicaciones más frecuentes es la hemorragia, que conlleva a la anemia y posteriormente al shock hipovolémico poniendo en riesgo la vida de la paciente, y para su control se puede llegar a la histerectomía; la complicación que se presenta en el embarazo ectópico abdominal es el absceso pélvico, peritonitis y sepsis debido a la presencia de restos trofoblásticos (Chiguay, 2021e).

Por lo tanto, la hemorragia es la causa principal de shock hipovolémico, además es una de las complicaciones más graves en las pacientes obstétricas y es considerando la causa principal de muerte materna, de morbilidad y mortalidad fetal (Román y Quispe, 2019).

Castiblanco et al. (2022) definen el shock hipovolémico como el “síndrome que resulta de una perfusión celular inadecuada, para mantener el metabolismo celular y ocurre secundaria a la caída brusca en el volumen sanguíneo circulante”.

Las manifestaciones clínicas del Shock Hipovolémico son producidas por las alteraciones del medio interno y están dadas por debilidad muscular por hipopotasemia o hiperpotasemia, polidipsia y poliuria por hiperglucemia o hiperpotasemia severa y letargia, confusión, convulsiones o coma por hiperglucemia, hiponatremia o hipernatremia. (Kislitsina, 2019).

Modelo Teórico

Para el presente trabajo considero a Jean Watson y su Teoría del Cuidado Humano, su teoría le da un realce al cuidado humano, teniendo en cuenta que es una actividad propia de los seres humanos, que se practica desde la edad primitiva y no puede desvincularse de la naturaleza humana.

Para Jean Watson el éxito del cuidado se logra mediante el proceso de apoyo de persona a persona, y las interacciones que se generan por este proceso. Watson hace referencia al cuidado como la razón moral de la enfermería. (Riegel et al., 2018a).

El cuidado de enfermería se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona y define el cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en la que se involucran sentimientos, emociones, actitudes y se adquieren compromisos en la acción de cuidar (Henao, 2022).

También se consideró el modelo de Virginia Henderson, que se basa en la satisfacción de las necesidades básicas humanas para la vida y la salud como un componente fundamental del cuidado de enfermería, considerando a la persona como un ser integral, con dimensiones biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, en interacción continua, considerando que el rol de la enfermera es ayudar a la persona sana o enferma a conservar o recuperar su salud posee cinco fases esenciales que puede ser aplicado y usado en el Proceso de Atención de Enfermería para pacientes con embarazo ectópico (Melgarejo, 2018b).

El proceso de atención de enfermería tiene como función principal efectuar labores basados en evidencia científica, mediante el pensamiento crítico y lógico, tomando como referencia a las diferentes teóricas y sus modelos de enfermería, con el propósito de ofrecer cuidados estandarizados de forma holística que contribuyan a su salud y recuperación de cada individuo (Fernández, 2022).

MÉTODO

Diseño de Estudio

El presente trabajo es de un enfoque cualitativo, de tipo caso clínico único y como método se utilizó el proceso de atención de enfermería (PAE).

Sujeto de Estudio

Se trata de una paciente de 35 años de edad, que ingresa a emergencia Gineco Obstetricia, en compañía de familiar y en silla de ruedas, refiere que hace 2 días presenta dolor abdominal tipo retortijón en cuadrante inferior derecho, además presenta sangrado transvaginal hace 7 días de moderada cantidad. El día de hoy presenta náuseas que llegan al vomito. Paciente refiere estar preocupada por su salud; se observa facies de dolor, llorosa y con miedo por su estado de salud.

Es diagnosticada con embarazo ectópico complicado y abdomen agudo quirúrgico y que posteriormente se le realiza una Laparotomía exploratoria de urgencia.

Ámbito y Periodo de Estudio

El presente estudio se llevó a cabo en el servicio de emergencia gineco obstétrica de un hospital de Arequipa, que es donde se realizó la primera recolección de datos. El periodo de estudio se realizó durante las 12 horas del día 05 junio del presente año.

Procedimiento de Recojo de Información

Fuente de Información

La fuente de referencia que se utilizó fue la recolección de datos, por medio de la entrevista a la misma paciente, otra fuente fue la historia clínica y la valoración de enfermería según los 11 patrones de Marjory Gordon.

Asimismo, se desarrolló una revisión bibliográfica de evidencia científica, en las siguientes Bases de datos:

Science, Scielo, Elsevier, Google académico.

Técnica de Recolección de Datos

Como técnica se empleó la entrevista con la paciente, siendo principal fuente y de gran utilidad para conseguir información; así mismo la observación del sujeto de estudio fue fundamental.

Procedimiento de Información.

Para la recopilación de información se hizo en fases:

- **La Primera Fase:** se inició con la revisión de la historia clínica de la paciente para obtener datos clínicos como antecedentes, motivos de consulta, resultados de pruebas diagnósticas, diagnóstico médico, evolución médica, así como la evolución de los cuidados de enfermería.
- **Segunda Fase:** se inicio con la valoración de enfermería mediante la entrevista personal, utilizando los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, identificando los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración del plan de cuidado específico.
- **Tercera Fase:** se encontró los dos seguimientos realizados a la paciente para ver la evolución de la misma.
- **Cuarta Fase:** se realizó un análisis integral de la evidencia científica, limitando según el criterio de fecha, prefiriendo la búsqueda de información desde el año 2018 hasta a la actualidad. Se emplearon las bases de datos: Science, Scielo, Elsevier, Google académico y utilizando palabras clave como: enfermería, proceso de enfermería, embarazo ectópico.

Procesamiento de los Datos

Los datos fueron examinados y organizados en con base en el enfoque de enfermería.

Primer Momento

Se realizó con la valoración de la paciente en base en 11 patrones funcionales de Marjory Gordon se realizó una red de priorización con base en la metodología enfermera asociado al Modelo AREA (Pesut y Herdnan, 2019a), para seleccionar el diagnóstico primario de acuerdo con la taxonomía NANDA I. Seguidamente, tras la elección del diagnóstico enfermero principal, se procede al establecimiento de los criterios de resultados esperados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC) y las actividades respectivas.

Segundo Momento

Se realizó un análisis crítico de la evidencia científica incluida en este estudio, tomando como base los objetivos planteados según taxonomía NOC (Moorhead et al., 2018) y priorizándolo con el modelo AREA (Pesut y Herdman, 2019b) para obtener el NOC principal del Diagnóstico enfermero y Problema de colaboración principal y así elaborar el plan de cuidados teniendo de base la taxonomía NIC (Butcher et al., 2018b).

Por último, se ejecutó las intervenciones y/o actividades de enfermería programadas y luego se procedió a realizar las evaluaciones de estas actividades para comprobar el alcance de las intervenciones realizadas de acuerdo al plan de cuidados individualizado de la paciente.

RESULTADOS

Descripción del Caso

Datos Generales

Paciente G.Q.A de 35 años de edad, que ingresa a emergencia Gineco Obstétrica a las 10am aproximadamente en compañía de familiar y en silla de ruedas, comunicativa, manifestando dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, tipo retortijón hace 2 días, además presenta sangrado transvaginal hace 7 días de moderada cantidad. El día de hoy presenta náuseas que llegan al vomito. Paciente refiere estar preocupada por su salud; se observa facies de dolor, palidez, llorosa y con miedo.

Al examen físico presenta abdomen doloroso a la palpación en la fosa iliaca derecha. Al examen médico se observa cuello puntiforme, sangrado oscuro escaso y al tacto útero doloroso a la movilización con palpación de tumoración en anexo derecho de 5x4cm aproximadamente.

Antecedentes Personales: niega alergias, grupo sanguíneo O+, Inicio de relaciones sexuales 15 años, método anticonceptivo hace 3 meses.

Tiene los siguientes antecedentes quirúrgicos: salpinguectomía izquierda por embarazo ectópico hace 2 años y apendicetomía hace 8 años.

Su situación actual es la siguiente: paciente comunicativa, en LOTE, con Glaswon de 15, manifestando dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, tipo retortijón hace 2 días, presentado náuseas y vómitos, preocupada por su estado de salud y la presencia de sangrado vaginal, así mismo la sospecha de estar embarazada. Peso corporal 65 Kg, talla 1,55 y IMC 27,05 (sobrepeso).

Diagnostico medico actual: abdomen Agudo Quirúrgico, embarazo ectópico derecho complicado: ruptura tubárica.

Terapéutica Medica:

- NPOCINa 9/oo 1000cc 45 gotas Ranitidina 50mg EV dosis única Metoclopramida 10mg Ev dosis única Dimenhidrinato 50mg EV dosis única Cefazolina 1gr 30 min antes de SOP Transfundir 2 paquete globulares
- Preparación quirúrgica
- Riego Quirúrgico
- Exámenes de laboratorio pre quirúrgicos Ecografía ginecológica.
- Exámenes auxiliares.
- BHCG 2,560 UI/ML
- Prueba de embarazo (+) Resultados: hemoglobina 7 gr/dl

Tabla 1. Hemograma	
Hemograma	
Leucocitos	9,16
Abastados	0
Segmentados	58
Linfocitos	33
Monocitos	0,8
Eosinofilos	0,1
Grupo sangre y Factor RH	O +
Plaquetas	208
Glucosa	98
Creatinina	0,76
TP	13,8
TPT	25,5
INR	134
Sedimento por campo	

Leucocitos 8-12 x campo Bacterias Positivo Celulas epiteliales 4-6 x campo Hematies 2-3 x campo

Inmunologico

HIV No Reactivo

RPR No Reactivo

Ecografía: se observa liquido libre en moderada cantidad, Ovario derecho se encuentra tumoración mixta de 40x30mm

Indicaciones: laparotomía exploratoria de urgencia FC 118

PA 109/63 FR 22

T 36,3

S02 96 % FUM 11/4/22? FO G1P0A

Valoración según Patrones Funcionales de Salud Valoración del Caso

Se lleva a cabo la valoración de la paciente con diagnóstico de embarazo ectópico con la aplicación de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon.

Patrón Funcional I: Percepción y Control de la Salud

Presenta regular estado de salud, recibió vacuna hasta tercera dosis de vacuna COVID 19, hace 2 años operada de salpinguectomía izquierda por embarazo ectópico y apendicetomía hace 8 años. No es alérgica a fármacos ni alimentos, niega consume tabaco y alcohol, en los 2 últimos días se automedico paracetamol cada vez que sentía dolor. Presenta un estado de higiene regular.

Patrón Funcional II: Nutricional- Metabólico

- T: 36,0, Peso 65 kg, Talla: 1,55, IMC 27,04 (sobrepeso)
- Respiración: 22 rpm,
- Piel con palidez moderada, regular estado de hidratación, con mucosa oral poco húmeda y sensación de sed. Piel intacta, presenta cicatrices de cirugías anteriores en zona abdominal.
- Cavidad oral: dentición completa, mucosa oral sin lesiones, poco húmeda y en regular estado

de higiene.

- Apetito disminuido con sensación nauseosa que llega a vómito (1 vez) de contenido alimenticio, no recibe alimento desde hace 18 horas aproximadamente.
- Abdomen distendido, doloroso en fosa iliaca derecha.
- Leucocitos; 11 000
- Glucosa: 98 mg/dl
- Hemoglobina. 7,0

Patrón Funcional III: Eliminación (Eficaz)

Paciente adulta, micción espontanea. Con resultado de sedimento urinario. Leucocitos 8- 12 x campo, bacterias +, células epiteliales 4-6 x campo, hematíes 2-3 x campo.

Patrón Funcional IV: Actividad /Ejercicio (Eficaz)

Actividad respiratoria: la paciente se encuentra ventilando espontáneamente con FR: 22 x', Sat 96 %, a la auscultación pulmonar presenta murmullo vesicular presente, no presenta crépitos ni ronquidos.

Actividad circulatoria: presenta ruidos cardiacos rítmicos, con FC: 118 X', P/A 110/65, y llenado capilar menor de 2", así mismo, no se evidencia presencia de edemas. Con grado de dependencia III.

Patrón Funcional V: Sueño- Descanso Eficaz

Paciente refiere solo dormía 6 horas ya que tomaba analgésicos por la noche. Se le percibe nerviosa, llorosa y con miedo. Paciente refiere que no puede conciliar muy bien el sueño por la presencia de dolor abdominal constante desde hace 2 días.

Patrón Funcional VI: Cognitivo-Perceptivo (Alterado)

Paciente se encuentra despierta en LOTE, Glasgow 15, se encuentra consciente de su problema de salud, ya que anteriormente paso por lo mismo, tiene expresión facial de dolor y refiere dolor abdominal intenso, abdomen irritable y doloroso a la palpación con más sensibilidad en flaco derecho con evaluación 10/8 (dolor severo) según escala de Eva. Se encuentra intranquila.

Patrón Funcional VII: Autopercepción- autoconcepto (Alterado)

Paciente nerviosa, llorosa y con miedo. Presenta expresiones de desesperanza: "Refiere no tengo hijos todavía, eso me preocupa, porque no he podido embarazarme, es mi segundo embarazo ectópico".

Patrón Funcional VIII: Rol- Relaciones (Eficaz)

Paciente adulta de sexo femenino, estado civil casada, manifiesta: "trabajo en un salón de belleza tengo 5 años de casada y no tengo hijos todavía, eso me preocupa, porque no eh podido embarazarme, es mi segundo embarazo ectópico, mi esposo me apoya y se preocupa por mí".

Patrón Funcional IX: Sexualidad y Reproducción (Alterado)

Paciente casada, que anteriormente tuvo una gestación, que termino en embarazo ectópico, actualmente no refiere con exactitud la fecha de su última menstruación aparentemente sería el 11/4/22. utilizaba métodos anticonceptivos, pero hace 3 meses que dejo de usarlo. Al Examen Beta Cuantitativo en 2.560 UI/ml. En ecografía transvaginal encuentran liquido libre en moderada cantidad, ovario derecho con tumoración mixta de 40x30mm con escaso sangrado vaginal. Diagnostico ecográfico: embarazo ectópico derecho.

IRS: 18 años; Gestaciones: 1 Aborto: 1. Partos: 0 MAC: hace 3 meses Amenorrea más o menos de 2 meses. Prueba de embarazo: positiva Paciente con sangrado oscuro escaso

Mamas blandas toco turgentes, pezones formados sin presencia de secreción. Genitales con presencia de secreción hemática en moderada cantidad.

Patrón Funcional X: Adaptación Tolerancia al estrés (Alterado)

Paciente demuestra preocupación por la condición de enfermedad y hospitalización.

Se muestra estresada al enterarse del embarazo ectópico y expresa preocupación por que ya no podrá tener hijos.

Patrón Funcional XI: Valores y Creencias (Eficaz)

Paciente adulta, de religión católica y refiere tener planes a futuro.

Plan de Cuidado

Diagnósticos

Identificación de enfermería: la formulación de los diagnósticos de enfermería se desarrolló con la

taxonomía NANDA I (2021 - 2023).

Patrón Funcional II: Nutricional- Metabólico

00205 Riesgo de shock evidenciado por hipoxemia (Hemoglobina 7mg/dl).

Definición. Susceptible a un flujo sanguíneo inadecuado a los tejidos que puede conducir a una disfunción celular, lo que puede comprometer la salud (Heather y Kamitsuru, 2021a).

Dominio 11: seguridad y Protección Clase 2: respuestas de afrontamiento

00004 Riesgo de infección evidenciado por aumento de patógenos en el entorno, asociado a anemia.

Definición. Susceptible a la invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud (Heather y Kamitsuru, 2021b).

Dominio 11: medidas de seguridad Clase 1: infección

Patrón Funcional VI: Cognitivo-Perceptivo

00132 Dolor agudo r/c agente lesivo biológico manifestado por expresiones verbales y escala de EVA 10/8.

Definición. “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses” (Heather y Kamitsuru, 2021c).

Dominio 12: comodidad Clase 1: condición Física

Patrón Funcional VII: Autopercepción- Autoconcepto

(00146) Ansiedad relacionado por dolor y maternidad insatisfecha manifestado por llanto y expresión de miedo.

Definición. “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); 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”. (Heather y Kamitsuru, 2021d).

Dominio 9: afrontamiento/Tolerancia al Estrés

Clase 2: respuestas de afrontamiento Patrón

Funcional IX: Sexualidad y Reproducción

00221 Proceso de maternidad ineficaz relacionado con conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad manifestado por gestión ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo

Definición. “Incapacidad para prepararse y / o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido para asegurar su bienestar.” (Heather y Kamitsuru, 2021e).

Dominio 8: sexualidad

Clase 3: reproducción

Patrón Funcional X: Adaptación Tolerancia al Estrés.

00148 Temor Relacionado con Situación Desconocida

Definición. Respuesta emocional básica e intensa que se suscita ante la detección de una amenaza inminente, que implica una reacción de alarma inmediata (Heather y Kamitsuru, 2021f).

Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés

Clase 2: respuestas de afrontamiento 33

Priorización del Diagnóstico de Enfermería Principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA

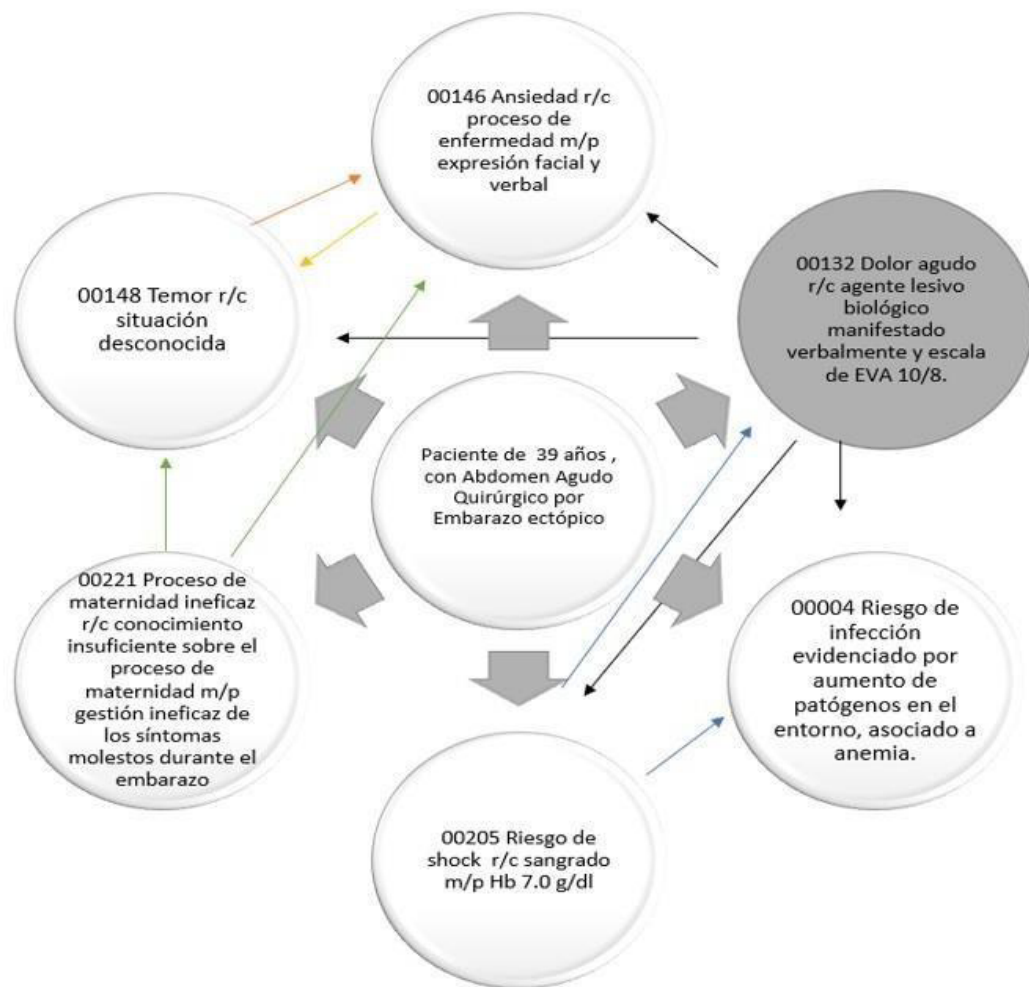
Diagnostico Principal

Diagnóstico de Enfermería Principal (DxEp):

De acuerdo con la Red de Razonamiento AREA se realiza la interrelación de los diagnósticos alterados (figura 1) se obtiene como DxEp:

- 00132 Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico manifestado verbalmente y escala de EVA 10/8.
- Definición. “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses.” (Herdman y Kamitsuru, 2021c).
- Dominio : 12 Confort
- Clase: 1 Confort físico

Figura 1: Red de Razonamiento Critico Basado en el Modelo AREA, para la obtención del Diagnóstico Enfermero Principal (DxEp)



Fuente: Elaboración propia basada en el Modelo AREA (Pesut & Herman, 1999)

Figura 1. Red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA, para la obtención del diagnóstico enfermero principal

Justificación del DxEp.

Dolor Agudo: es un dolor de corta duración que se suele sentir después de una enfermedad, lesión, cirugía o de un parto. La pronta respuesta a la administración de analgesia. Si la duración excede de 3 o 6 meses puede considerarse como crónico (Torcal y Ventoso, 2020e).

Como afirma Pérez (2022): “El dolor agudo pone en marcha ciertos mecanismos de evitación o protección, que pueden estar acompañados de hiperreactividad del sistema nervioso autónomo, lo cual se manifiesta con la asociación del dolor agudo a la ansiedad y con signos físicos autonómicos, como palidez, sudoración, vómitos, hipertensión, taquicardia, entre otros.” El dolor pélvico es uno de los síntomas más comunes, motivo por el cual asisten al servicio de emergencia. Aproximadamente el 95 % de las mujeres con embarazo tubárico presentan dolor en región pélvica y abdominal (Berrios, 2019).

El dolor agudo es transitorio, de corta duración y que es provocado por un estímulo adverso que se asocia a una enfermedad aguda, traumatismos o a una cirugía. Desaparece cuando el origen es corregido. Las manifestaciones que lo acompañan son taquicardia, polipnea, sudoración. Es importante conocer la etiología del dolor, y la duración de este, según las características podemos clasificarlo como leve, moderado o severo (Cabo de Villa et al., 2020).

Según la definición NANDA para dolor agudo, “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses.” (Herdman y Kamitsuru, 2021d).

Según Murillo (2020) para el control del dolor, valorada a través de la escala EVA, “se debe considerar las siguientes acciones en la práctica: administración de un tratamiento efectivo para el dolor agudo, facilitar la seguridad evitando las complicaciones del proceso, mantener la funcionalidad física y psicológica, mejorar la

calidad de vida dentro de las posibilidades de cada individuo, educar y orientar tanto al paciente como a la familia en el autocuidado y participación”.

El dolor abdominal, en el embarazo ectópico, se presenta de manera súbita, intensa y unilateral pudiendo ser detectada en el 90 % de los casos sintomáticos, presentando sensibilidad palpatoria y signo del rebote sobre todo en embarazo ectópico complicado (Berrios, 2019).

Según Vernaza et al., (2019) Para la realización de un adecuado diagnóstico se debe valorar la severidad del dolor, por lo tanto, la valoración y manejo del dolor son de mucha importancia, al no ser bien controlada produce alteraciones emocionales y cognitivas en los pacientes.

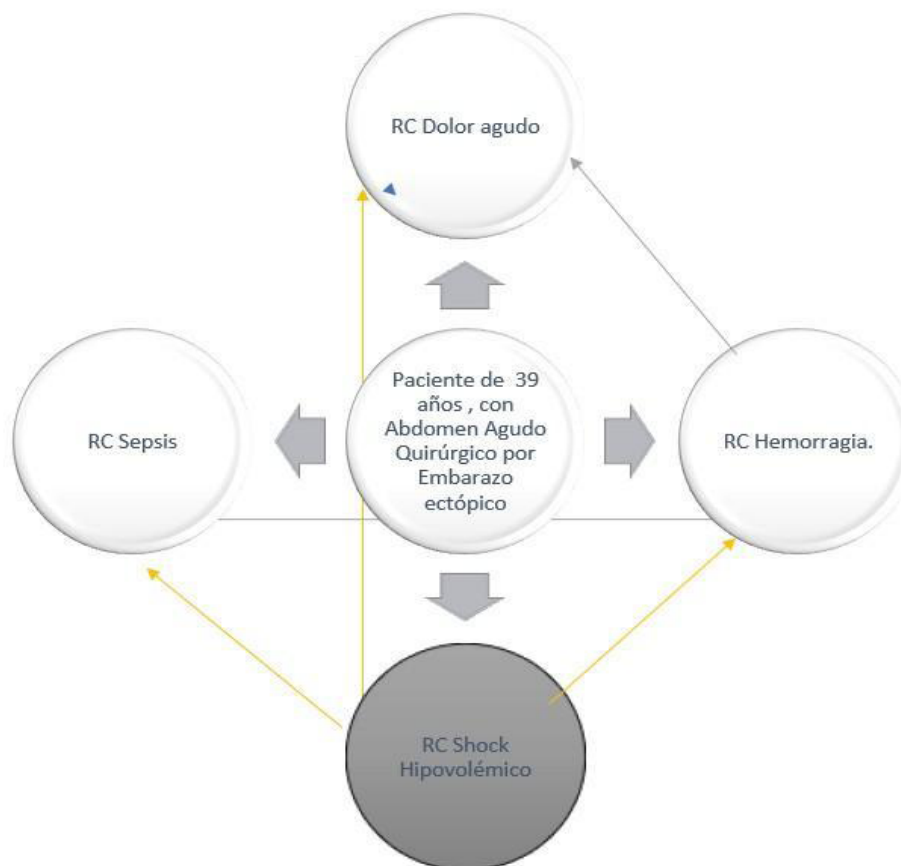
Según Ramos et al., (2018) “El manejo y control del dolor es importante para mejorar la calidad de vida de la persona, un manejo inadecuado del dolor afectaría la recuperación”.

La valoración de enfermería de un embarazo ectópico, debe estar centrada en las manifestaciones clínicas que se presentan, siendo la principal el dolor abdominal, de tipo cólico, que es uno de los síntomas característicos de la triada clásica, anteriormente descrita; es así que la valoración del dolor es de gran importancia, dentro de las actividades de enfermería, y se puede utilizar como herramienta la escala visual análoga (Murillo, 2020).

Podemos concluir que el dolor agudo en altos niveles puede agravar la experiencia vivida, son experiencias muy desagradables que se manifiestan con alteraciones físicas y emocionales. Son respuestas fisiológicas asociadas a un traumatismo. El objetivo de nuestra atención es lograr el mayor bienestar y efecto mínimo de complicación a través de la analgesia, para sosegar el padecimiento físico y poder manejar el resto de problemas, continuar con la valoración y observación de manifestaciones de dolor.

Priorización del Riesgo de Complicación Principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA

Figura 2: Red de Razonamiento Crítico Basado en el Modelo AREA (Análisis del Resultado del Estado Actual) para la obtención del Riesgo de Complicación Principal. (RCp)



Fuente: Elaboración propia en base al Modelo ÁREA, (Pesut & Herman, 1999).

Figura 2. Red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA, para la obtención del riesgo de complicación principal

Identificación del RC principal

Para determinar el RC principal se realizó la interrelación de los cuatro riesgos de complicación para el caso embarazo ectópico, siendo el Riesgo de Complicación Shock Hipovolémico es el que más interrelaciones presenta según la figura 1.

Identificación de los problemas de colaboración (PC) y sus riesgos de complicación (RC)

Para saber cuáles son los problemas de colaboración y riesgos de complicación que puede presentar la paciente durante la permanencia en el hospital, se trabajó con el Manual de Diagnósticos Enfermeros de Lynda Carpenito.

Problemas de Colaboración

Embarazo extrauterino.

Riesgos de Complicación

RC Dolor agudo. RC Hemorragia.
RC Shock Hipovolémico. RC Sepsis.

Shock Hipovolémico

Es la pérdida de líquido de forma rápida, que causa falla multiorgánica debido a la inadecuada circulación por hipovolemia y posterior perfusión inadecuada; la mayoría comúnmente a causa de la pérdida rápida de sangre debido a una índole traumática, médica o quirúrgica (Carpenito, 2021).

El shock hipovolémico es la consecuencia de diferentes condiciones clínicas o quirúrgicas que va a producir una pérdida rápida e importante de volumen (hipovolemia), déficit de perfusión tisular y falla de múltiples órganos (Kislitsina, 2019)

La hemorragia, es la pérdida del volumen sanguíneo de 500ml o más, o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 ml/minuto; por lo tanto, es la pérdida del 50 % del volumen sanguíneo en 20 minutos (Carrillo et al., 2018).

El embarazo ectópico roto, provoca una hemorragia que se presenta de forma gradual o de manera rápida, pudiendo producir shock hipovolémico, la sangre en el peritoneo produce finalmente peritonitis. Por lo tanto, se considera que la primera complicación es la hemorragia que conlleva a la anemia, poniendo en riesgo de vida a la gestante, pudiendo llegar a la histerectomía; por shock hipovolémico (Chiguay, 2021).

El diagnóstico del shock hipovolémico es más difícil cuando la fuente de la pérdida de sangre no es visible.

El shock hipovolémico se diagnostica fácilmente cuando existen signos de inestabilidad hemodinámica. En tal sentido, toda paciente en edad fértil, con signo de shock se debe realizar una prueba de descartar de embarazo, su negatividad descarta al embarazo ectópico como causa de Shock Hipovolémico (Cannon, 2018).

Los síntomas del Shock Hipovolémico están sujetos a la intensidad, el tipo de líquido perdido y de la repercusión que provoca en el medio interno. Los síntomas inducidos por la hipovolemia se relacionan en principio con la disminución de la perfusión tisular (Mieles, 2021).

Las manifestaciones clínicas del Shock Hipovolémico son producidas por las alteraciones del medio interno: debilidad muscular por hipopotasemia o hiperpotasemia, polidipsia y poliuria por hiperglucemia o hiperpotasemia severa y letargia, confusión, convulsiones o coma por hiperglucemia, hiponatremia o hipernatremia. (Kislitsina, 2019).

El descenso del hematocrito sin antecedentes de anemia, sugiere hipovolemia por pérdida de sangre, aunque no exista sangrado visible; Las causas de shock con hipovolemia responden bien a la reposición del volumen vascular y deben identificarse de forma rápida (Mieles, 2021).

Por otro lado, la ruptura de las trompas de Falopio, dan lugar a hemorragias en la cavidad abdominal, así como shock y colapsos circulatorios, anemia, shock hipovolémico y sepsis (Bertin et al., 2019).

Para concluir, el shock hipovolémico es la consecuencia de diferentes condiciones clínicas o quirúrgicas que va a producir una pérdida rápida e importante de volumen (hipovolemia), déficit de perfusión tisular y falla de múltiples órganos (Kislitsina, 2019).

Finalmente, el riesgo de complicación principal: shock hipovolémico se presenta en la paciente con una hemoglobina de 7 mg/dl, por lo que recibió 3 paquetes globulares, considerando a la hemorragia como una complicación. La observación constante de signos y síntomas tempranos de la hipovolemia permitió las intervenciones colaborativas para restaurar la estabilidad fisiológica en la paciente.

Planificación

Planificación del DxEp

Para el diagnóstico de enfermería principal se usó la literatura de Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) de Moorhead et al., (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Butcher et al., (2018), con la finalidad de medir los resultados en salud y aplicar la actividad de enfermería individualizada

respectivamente.

DxEp:

- (00132) Dolor agudo r/c agente lesivo biológico manifestado por expresiones verbales y escala de EVA 10/8.
- Definición: “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses.” (Herdman y Kamitsuru, 2021e).
- Dominio 12: comodidad.
- Clase 1: condición física.

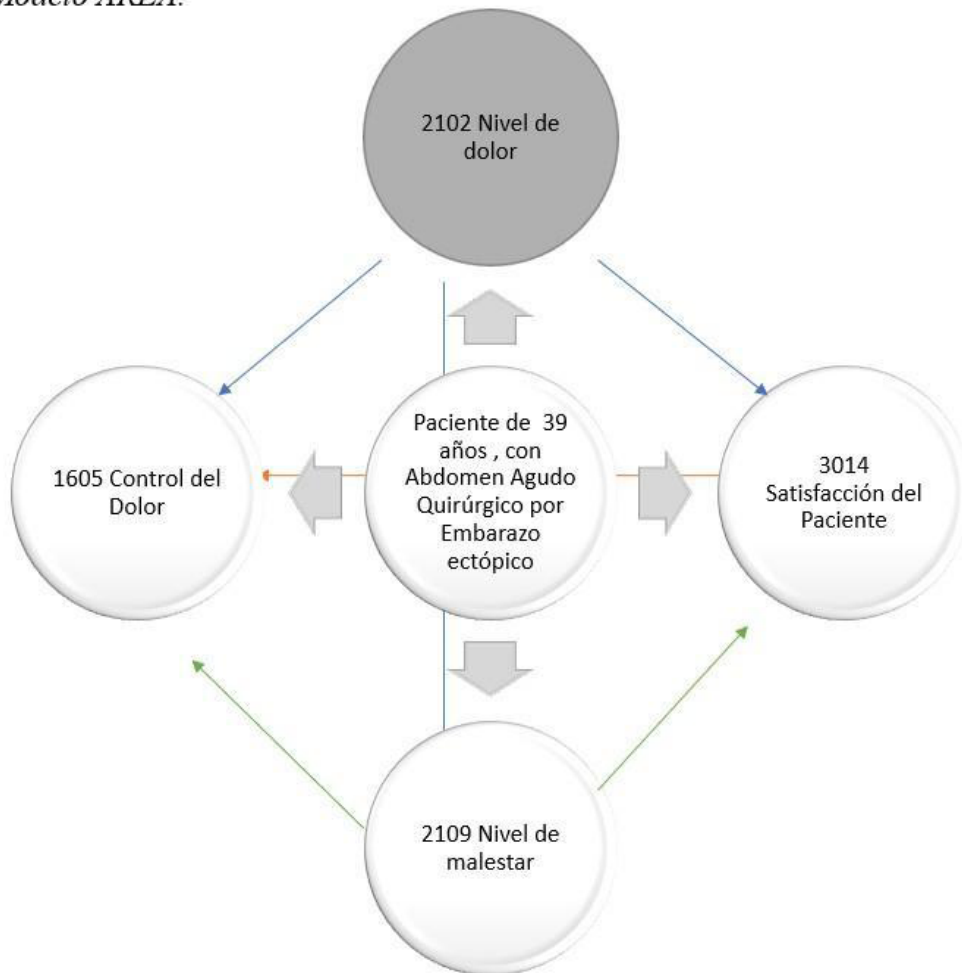
Resultados NOC del DxEp

En cuento al DxEp (00132) Dolor agudo, tiene los siguientes NOC:

- 2102 Nivel de dolor 1605 Control del Dolor
- 3014 Satisfacción del Paciente 2109 Nivel de malestar

Priorización del NOC del DxEp, mediante la red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA

Figura 3: Priorización del NOC del Diagnóstico Principal mediante Red de Razonamiento Critico Basado en el Modelo AREA.



Fuente: Elaboración propia basada en el Modelo AREA (Pesut & Herman, 1999)

Figura 3. Priorización del NOC del diagnóstico principal mediante red de razonamiento critico basado en el modelo AREA

Justificación del NOC Principal del DxEp

Luego de interrelacionar los NOC, el que mayor interrelación tuvo fue:

- 2102 Nivel de dolor
- Definición: “Intensidad del dolor referido o manifestado.” (Moorhead et al.,2018).
- Dominio V: salud percibida

- Clase V: sintomatología
- Murillo (2020), cita a Guevara et al., (2005) “El dolor es una experiencia desagradable asociada a un daño tisular sea real o potencial.” Se toma en consideración los parámetros prácticos la escala EVA para el manejo agudo.
 - El dolor agudo es transitorio, de duración corta y que es provocado por un estímulo adverso. Desaparece cuando el origen es corregido. Las manifestaciones que lo acompañan son taquicardia, polipnea, sudoración. (Cabo de Villa et al., 2020)
 - La evaluación del dolor es de forma subjetiva con la ayuda de escalas del dolor, para lo cual es importante la observación, de tal manera que se puedan recolectar datos relevantes para poder brindar una atención eficaz oportuna (Cayanchira, 2022).
 - Según Murillo (2020) para el manejo de dolor, valorada con la escala EVA, se debe considerar las siguientes acciones en la práctica: administración de un tratamiento efectivo para el dolor agudo, facilitar la seguridad evitando las complicaciones del proceso, mantener la funcionalidad física y psicológica, mejorar la calidad de vida dentro de las posibilidades de cada individuo, educar y orientar tanto al paciente como a la familia en el autocuidado y participación.

Tabla 1

Puntuación del NOC del RC principal para el DxEp. (Escala Likert: 1: Intenso, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Ligero, 5: Sin dolor)

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación diana	Tiempo
2102 Nivel de Dolor	2	4	12 h

Fuente: Elaboración propia basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) a partir de Palomar – Aumatell (2017)

La tabla 1 nos muestra que para el resultado Nivel de Dolor se evaluó con una puntuación inicial de dolor: 2 (sustancial) y luego de realizar las intervenciones, se espera lograr una puntuación diana de 4 (leve).

Tabla 2

Puntuación de los indicadores del NOC del RC principal. (Escala Likert: 1: Intenso, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Ligero, 5: Sin dolor)

INDICADORES NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
210201 Dolor referido	3	4	12 h
210223 Irritabilidad	3	4	12 h
210206 Expresiones faciales de dolor	2	4	12 h
210205 Expresiones orales de dolor	2	4	12 h
210225 Lágrimas	2	4	12 h

Fuente: Elaboración propia basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

INTERVENCIONES (NIC) DEL DxEP

Las intervenciones se obtuvieron del manual de intervenciones (NIC): Butcher et al., 2018.

NIC 2210 Administración de analgésicos:

- Definición: “Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.” (Butcher et al., 2018).
- Campo 2: Fisiológico: complejo.
- Clase H: control de fármacos actividades.
- 221001 Determinar la localización, características, calidad y gravedad del dolor antes de colocar analgesia a la paciente.
- 221002 Verificar las indicaciones médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico

prescrito.

- 221003 Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- 221004 Evidenciar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

NIC 1400 Manejo de dolor:

- Definición: “Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.” (Butcher et al., 2018)
- Campo 1: fisiológico: básico
- Clase E: fomento de la comodidad física.

Actividades

- 140001 Llevar a cabo una valoración del dolor que incluya localización, características, duración, frecuencia, intensidad.
- 140002 Examinar las claves no verbales de dolor.
- 140003 Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. 140004 Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo

NIC 2314 Administración de medicación: intravenosa (i.v.)

- Definición: “Preparación y administración de medicaciones por vía intravenosa.” (Butcher et al., 2018)
- Campo 2: fisiológico: complejo
- Clase H: Control de fármacos
- Actividades:
 - 231401 Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
 - 231402 Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
 - 231403 Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. en la vena.
 - 231404 Administrar la medicación i.v. a la velocidad adecuada.

Planificación del RC principal

Los objetivos fueron extraídos del manual NOC: de Moorhead et al., (2018) y para las intervenciones NIC Butcher et al., (2018).
 Como riesgo de complicación principal: shock hipovolémico

Resultados NOCp del RCp

- Se utiliza la taxonomía NOC para elegir el RC de Shock Hipovolémico:
 - 0419 Severidad del shock: hipovolémico.
 - 0401 Estado circulatorio
 - 0416 Perfusión tisular: celular
 - 0413 Severidad de la pérdida de sangre

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

Tabla 3

Puntuación del NOCp del RC principal, según la Escala Likert: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(0419) Severidad del shock: hipovolémico	2	4	12 h

Fuente: Elaboración propia basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

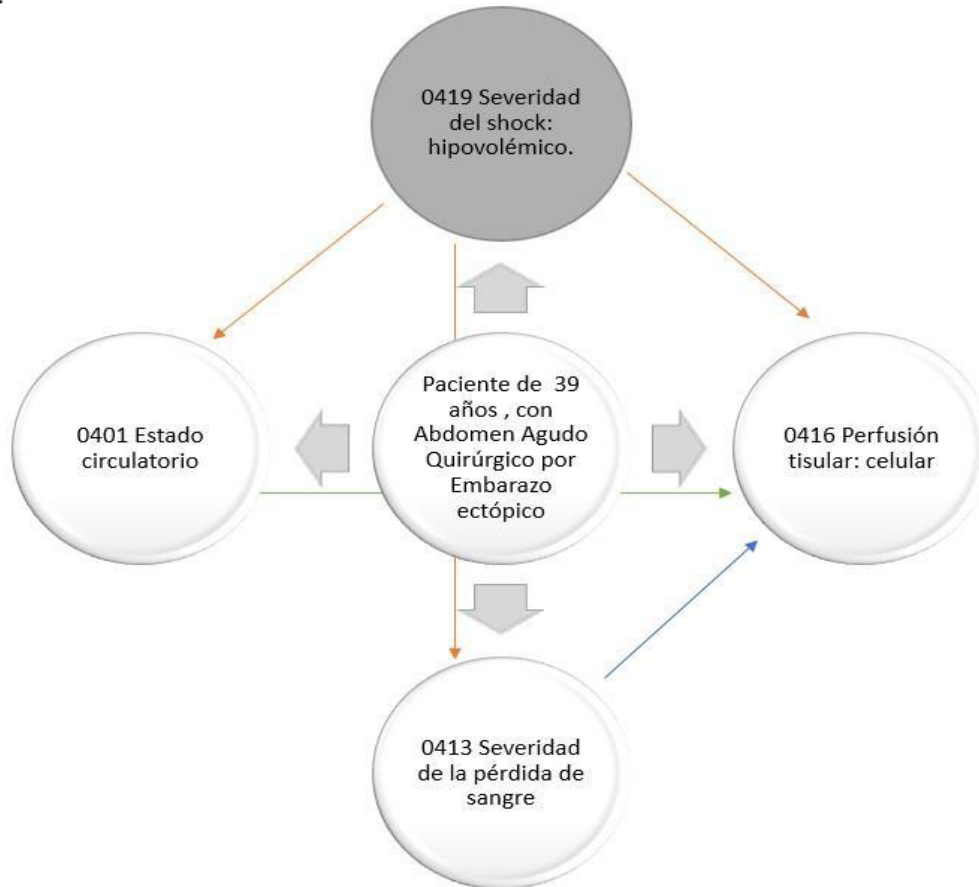
La tabla 3 nos muestra que para el resultado Severidad del Shock: hipovolémico se evaluó con una puntuación inicial de 2 (sustancial) y después de realizar las intervenciones y/o actividades de enfermería, se espera lograr una puntuación diana 4 (leve).

Justificación del NOC principal del RC principal. NOC priorizado del RC Shock Hipovolémico (0419):

Severidad del shock: hipovolémico.

Definición: “Gravedad de los signos y síntomas de un flujo sanguíneo inadecuado para la perfusión de tejidos, debido a una fuerte disminución de volumen de fluido intravascular”. (Moorhead et al.,2018).

Figura 4: Priorización del NOC del RCp mediante la Red de Razonamiento Crítico basado en el Modelo AREA.



Fuente: Elaboración propia basada en el Modelo AREA (Pesut & Herman, 1999)

Figura 4. Priorización del NOC del RCp mediante red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA

Tabla 4

Puntuación de los indicadores del NOCp del RC principal, según Escala Likert: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.

INDICADORES NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
041901 Disminución de la presión del pulso	3	4	12 h
041915 Piel fría y húmeda	3	4	12 h
041907 Pulso débil, filiforme	3	4	12 h
041916 Palidez	2	4	12 h

Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de la resultados de enfermería NOC

Intervenciones NIC del RC principal.

Las intervenciones fueron sacadas del manual de intervenciones (NIC): Butcher et al., (2018).

NIC 6680 Monitorización de los signos vitales

Definición: “Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones”. (Butcher et al., 2018)

Campo 4: seguridad

Clase U: control en casos de crisis

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

668002 Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría). 668003 Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales

668004 Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

NIC 4170 Manejo de la hipovolemia

Definición: “Disminución del volumen de líquido extracelular y/o intracelular y prevención de complicaciones en un paciente con sobrecarga de líquidos.” (Butcher et al., 2018).

Dominio 2: fisiológico: complejo

Clase N: control de la perfusión tisular

Actividades:

- 417001 Observar las fuentes de pérdida de líquido (p. ej., hemorragia, vómitos, diaforesis, y taquipnea).
- 417002 Preservar un acceso i.v. permeable.
- 417003 Administrar soluciones parenterales prescritas (ej., suero fisiológico). 417004 Colocar al paciente de modo que se favorezca la perfusión periférica.

NIC 4260 Prevención del shock

Definición: “Detección y tratamiento de un paciente con riesgo de shock inminente.” (Butcher et al., 2018).

Dominio 2. Fisiológico: complejo Clase N Control de la perfusión tisular

426001 Canalizar y mantener una vía i.v. de calibre grande, según corresponda

426002 Administrar líquidos i.v. mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis.

426003 Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda

426004 Verificar los valores de laboratorio, sobre todo los niveles de Hb y Hct, perfil de coagulación, gasometría arterial y electrolitos.

Finalmente, todas las intervenciones y actividades de enfermería que se planificaron se desarrollaron durante 12 horas, donde se pudo ejecutar todas las intervenciones propuestas, logrando la estabilización hemodinámica de la paciente, así mismo la paciente queda en proceso de mejoría después de la administración adecuada y eficaz de las intervenciones y/o actividades de enfermería, logrando una mejoría en un periodo de 12 horas.

Ejecución

La ejecución de las intervenciones de enfermería de acuerdo a los diagnósticos priorizados, se ha utilizado la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Butcher et al., 2018).

Tabla 5. Cronograma de intervenciones/actividades de enfermería en embarazo ectópico

Fecha	Intervenciones / actividades	Turno		
		M	T	N
5 06 2022	NIC 2210 Administración de analgésicos			
	Actividades:			
	Determinar la localización, características, calidad y gravedad del dolor antes de colocar analgesia a la paciente	10	2	8
	Verificar las indicaciones médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.			11
	Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia	10	2	8
5 06 2022	NIC 1400 Manejo de dolor			
	Llevar a cabo una valoración del dolor que incluya localización, características, duración, frecuencia, intensidad.	10	2	8
	Examinar las claves no verbales de dolor.			10
	Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.	10	2	8

	Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo	10		10
5 06 2022	NIC 2314 Administración de medicación: intravenosa (i.v.)			
	Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.	10	2	8
	Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente	10		
	Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. en la vena.	10		
	Administrar la medicación i.v. a la velocidad adecuada.	10	2	8
	Intervenciones del RCp:			
5 06 2022	NIC 6680 Monitorización de los signos vitales			
	Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda	10	2	8
	Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).	10		10
	Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales	10		10
	Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia	10		10
5 06 2022	NIC 4170 Manejo de la hipovolemia			
	Observar las fuentes de pérdida de líquido (p. ej., hemorragia, vómitos, diaforesis, y taquipnea).	10		
	Preservar un acceso i.v. permeable.	10		
	Administrar soluciones parenterales prescritas (ej., suero fisiológico).	10	2	8
	Colocar al paciente de modo que se favorezca la perfusión periférica	10	2	8
5 06 2022	NIC 4260 Prevención del shock			
	Canalizar y mantener una vía i.v. de calibre grande, según corresponda	10		
	Administrar líquidos i.v. mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda	10	2	8
	Colocar al paciente de modo que se favorezca la perfusión periférica	10	2	8
5 06 2022	NIC 4260 Prevención del shock			
	Canalizar y mantener una vía i.v. de calibre grande, según corresponda	10		
	Administrar líquidos i.v. mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda	10	2	8
	Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda	10		
	Verificar los valores de laboratorio, sobre todo los niveles de Hb y Hct, perfil de coagulación, gasometría arterial y electrolitos.	10		10

Evaluación

Se ejecuto en base a la valoración del estado de la gestante al ingreso a Emergencia Gineco Obstétrica, luego de la administración de las actividades e intervenciones principales de enfermería, en relación a las actividades del NOC del DxEp: nivel de dolor y del NOC del RCp: shock Hipovolémico, en un periodo de atención de 12 horas se logró leve mejoría y estabilidad en las funciones vitales, obteniendo una puntuación de cambio + 2.

Se observó a la paciente con evolución favorable tras el diagnostico de embarazo ectópico complicado, mejorando el dolor agudo y reduciendo notable el riesgo de hemorragia. Finalmente se concluye que el conjunto de actividades planificadas fue eficaz en relación a los resultados planificados.

Evaluación del resultado del DxEp

00132 Dolor agudo r/c agente lesivo biológico manifestado por expresiones verbales y escala de EVA 10/8.

Definición: "Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses." (Herdman y Kamitsuru, 2021f).

Dominio 12: comodidad

Clase 1: condición Física

Tabla 6

Puntuación del NOC principal del DxEp. (Escala Likert: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Normal.)

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Final	Tiempo
2102 Nivel de Dolor	2	4	4	12 h

Fuente: Elaboración propia basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), a partir de Palomar – [Aumatell](#) (2017)

El NOC nivel de dolor presentó una puntuación inicial de 2 (sustancial) luego de la aplicación de las intervenciones y actividades realizadas, se logró una puntuación final de 4 (leve).

La puntuación obtenida en el NOCp del DXEp es 4 (leve) durante las 12 horas. el dolor fue disminuyendo desde el ingreso por Emergencia Gineco Obstétrica, por lo tanto, se logró el objetivo planteado, observando una expresión facial de alivio y refiriendo un EVA de 10/3.

Tabla 7

Puntuación de los indicadores del NOCp del DxEp. (Escala Likert: 1: Intenso, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Ligero, 5: Sin dolor)

INDICADORES NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Final	Tiempo
210201 Dolor referido.	3	4	4	12 horas
210223 Irritabilidad	3	4	5	12 horas
210206 Expresiones faciales de dolor	2	4	5	12 horas
210205 Expresiones orales de dolor	2	4	5	12 horas
210225 Lágrimas	2	4	5	12 horas

Fuente: Elaboración propia basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), a partir de Palomar – [Aumatell](#) (2017)

En la tabla 7 en relación al indicador (210201) Dolor referido, se puede ver que la paciente presentó una puntuación inicial de 3 (Moderado), luego de brindar cuidados y administración de analgesia vía parenteral (indicación médica) la paciente logra alcanzar una mejoría, logrando una puntuación final de 4 (ligero) en 12 horas.

Con respecto al indicador (210223) Irritabilidad, la cual es provocada significativamente por el dolor agudo, inicio con una puntuación de 3 (Moderado) y se logra alcanzar una puntuación final 5 (Sin dolor) en 12 horas, esto debido a que la paciente al ir disminuyendo el dolor se observa más tranquila y menos irritable.

En relación al indicador (210206) Expresiones faciales de dolor, presentó una puntuación inicial 2 (Sustancial), al reducir el nivel del dolor, la paciente logra alcanzar una puntuación final de 5 (Sin dolor), observando expresión facial positiva después de los cuidados brindados.

En cuanto al indicador (210205) Expresiones orales de dolor, al igual que los anteriores se consiguió el resultado, iniciando con una puntuación de 3 (Moderado) y alcanzando una puntuación de 5 (Sin dolor). Lo cual se obtuvo, también, al reducir el nivel del dolor.

Finalmente, el indicador (210225) Lágrimas: obtuvo una puntuación inicial de 3 (Moderado) y llega a alcanzar una puntuación final de 5 (Sin dolor), por lo tanto, el resultado se ha conseguido.

Evaluación Del Resultado Del Rc Principal

NOC priorizado del DxEp

2102 Nivel de Dolor.

Definición. “Intensidad del dolor referido o manifestado.” (Moorhead et al., 2018).

Dominio V: salud percibida

Clase V: sintomatología

Tabla 8

Evaluación de la puntuación del NOC del RC principal, según Escala Likert: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Final	Tiempo
(0419) Severidad del shock: hipovolémico	2	4	5	12 h

Fuente: Elaboración propia basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

La Tabla 8 nos muestra que para el NOC Severidad del shock: hipovolémico se evaluó con una puntuación inicial de dolor: 2 (Sustancial) y después de realizar las intervenciones de enfermería, se logró una puntuación final de 5 (Ninguno).

Tabla 9

Puntuación de los indicadores NOCp del riesgo de complicación principal según Escala Likert: 1: Intenso, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Ligero, 5: Ninguno

INDICADORES NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Final	Tiempo
041901 Disminución de la presión del pulso	3	4	5	12 horas
041915 Piel fría y húmeda	3	4	5	12 horas
041907 Pulso débil, filiforme	3	4	5	12 horas
041916 Palidez	2	4	4	12 horas

Fuente: Elaboración propia basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), a partir de Palomar – [Aumatell](#) (2017)

En la tabla 9 con relación al indicador (041901) Disminución de la presión del pulso, se puede observar una puntuación inicial de 3 (Moderado) luego de las intervenciones preventivas de enfermería se logra una puntuación final de 5 (Ninguno) durante el periodo de 12 horas.

Con respecto al indicador (041915) Piel fría y húmeda se obtuvo una puntuación inicial de 3 (moderado), durante el lapso de 12 horas se alcanzó una puntuación final de 5 (Ninguno).

En relación al indicador al (041907) Pulso débil, filiforme: se tiene como puntuación inicial de 3 (Moderado), durante el periodo de 12 horas se obtuvo una puntuación final de 5 (Ninguno). Por consiguiente, el resultado se alcanzó. El indicador (041916) Palidez: tiene una puntuación inicial de 2 (Sustancial), y se obtuvo como puntuación final 4 (Leve), no alcanzando la puntuación de 5 (Ninguno) debido a que la paciente continua con palidez, por la presencia de anemia.

Finalmente, el indicador (041922) Letargia inicio con una puntuación de 4 y al termino de 12 horas se consiguió una puntuación fina de 5 logrando una puntuación mayor a la puntuación diana propuesta.

Por lo tanto, se puede concluir que gracias a las actividades e intervenciones de enfermería y al tratamiento indicado, se logra controlar el shock hipovolémico en la paciente.

DISCUSIÓN

La paciente del presente estudio ingresó al servicio de Emergencia Gineco Obstétrica para ser atendida por presentar dolor abdominal intenso presentando embarazo ectópico y RC de Shock hemorrágico, representando su problema actual de salud.

Tras la revisión bibliográfica se ha obtenido investigaciones que exponen las intervenciones de enfermería a pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico. Según Matos et al., (2018). El embarazo ectópico con ruptura, provoca una hemorragia que se presenta de forma gradual o de manera rápida, pudiendo desencadenar un shock hemorrágico, finalmente la sangre peritoneal produce peritonitis. Por tanto, se considera que la primera complicación es la hemorragia que conlleva a la anemia, poniendo en riesgo de vida a la gestante, según la complicación e intervención puede llegar a la histerectomía; por shock hipovolémico.

Mediante el PAE se logró realizar la valoración e identificación de las necesidades de la paciente, durante este proceso se resalta la interacción de la enfermera con la misma paciente, que ayudan a identificar mutuamente las necesidades y planear las acciones en busca de estrategias para el afrontamiento del problema actual. (Mejía, 2018).

La elaboración y la ejecución del plan de cuidados de enfermería permite la valoración de situaciones específicas, proponer diagnósticos de enfermería, planificar intervenciones y actividades relacionadas al problema, implementarlas y realizar la evaluación de los resultados obtenidos (Moltó, 2022a).

La importancia de realizar una buena valoración de enfermería permitirá evitar riesgos de complicación y alguna secuela con daño irreversible en la paciente. Los cuidados de enfermería con conocimiento científico permiten una atención holística para lograr mejorar la situación de salud e incorporarla a su familia y sociedad. (Riegel et al., 2018b).

Para Watson el objetivo del cuidado de enfermería, se logra alcanzar mediante el proceso de soporte de persona a persona (Riegel et al., 2018c).

La teoría del cuidado humano de Watson, representa un compromiso profesional moral y ético, siendo esencial en el proceso de cuidado, que está basado en un enfoque humanista y a su vez muestra un interés profundo por la persona. (Figueredo et al., 2019a).

Los cuidados de enfermería se basan en conocimientos científicos, y utilizan estrategias para una adecuada intervención mediante el uso de la taxonomía NANDA, NIC, NOC y el Modelo BIFOCAL de Lynda Juall Carpenito, permitiendo tomar la mejor decisión en favor de la estabilidad y recuperación del usuario (Melgarejo, 2018c).

El DxEp dolor agudo, se priorizo debido a que la paciente de estudio refiero un Eva de 10/8, manifestado por expresiones faciales de dolor, lágrimas y verbalmente. Herdman y Kamitsuru (2018g) nos dice que el dolor es una experiencia emocional y sensorial incomoda relacionada al daño tisular real o potencial, teniendo en cuenta este concepto el objetivo principal se centra en reducir el nivel de dolor, para que se pueda tratar el problema de fondo.

El RC de Shock hipovolémico es una complicación del embarazo ectópico que es causa de morbimortalidad materna. Las intervenciones y/o actividades de enfermería deben estar encaminadas a evitar este tipo de problema. La paciente de estudio, presento sangrado, y cuyo control de hemoglobina estuvo en 7mg/dl, que determino la transfusión de tres paquetes globulares antes y después de la intervención quirúrgica. Como menciona Morales (2018) la anemia conlleva a un shock hipovolémico de un forma brusca e incontrolable por lo que requiere de una actuación inmediata a través de la identificación de signos y síntomas como parte del examen físico y las manifestaciones de dolor intenso.

Limitaciones

Durante la elaboración del proceso de atención de enfermería se ha encontrado algunas limitaciones no relevantes para continuar brindando los cuidados de enfermería que se aplicaron en las primeras 12 horas, entre ellas las siguientes:

- No entrevista a familiares para la ampliación de recopilación de los datos, debido a la restricción de visitas por la pandemia COVID 19.
- Análisis en la búsqueda de diagnósticos y las intervenciones apropiadas para la patología a causa de que en el NOC no se ubica el diagnóstico de embarazo ectópico.
- No seguimiento permanente de la paciente en los turnos posteriores debido a la programación de turnos rotativos de la jornada laboral.

CONCLUSIONES

Para brindar los cuidados específicos y prioritarios en el caso de Embarazo Ectópico se elaboró el proceso de enfermería utilizando la taxonomía NANDA. NIC, NOC y Modelo AREA.

Se logró valorar en la paciente las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico mediante la recopilación de signos y síntomas utilizando la valoración de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon, tomando en cuenta la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson y la teoría de satisfacción de las necesidades básicas humanas para la vida y la salud de Virginia Henderson ya que considera a la persona como un ser entero, con dimensiones biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, que están en correlación continua.

Después del análisis crítico de los datos recopilados y la confrontación teórica se logró determinar en la paciente factores de riesgo en Embarazo Ectópico estableciendo como riesgo de complicación: shock Hipovolémico, que durante el proceso de intervención han sido valorados, vigilados, controlados y documentados.

Luego de establecer el DxEp: dolor Agudo y el RCp de Shock Hipovolémico se describieron los resultados e intervenciones que definen la importancia del rol de enfermería en la atención de paciente con embarazo ectópico. Tomando en cuenta la investigación, la factibilidad de la intervención y perfil del profesional de enfermería.

Una vez priorizados las intervenciones del DxEp y del Rcp que van dirigidos a resolver las necesidades y/o disminuir la gravedad de riesgo de la salud de la paciente, se logra formular un Plan de cuidados de enfermería al caso clínico único de Embarazo Ectópico aplicando la taxonomía NANDA, NIC, NOC y Modelo Bifocal de Lynda Carpenito, permitiendo posteriormente la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonzo, S. E. O., Blanco, F. V. y Saldaña, D. D. C. G. (2019). *PREM de Ginecología: capacitación para el ENARM*. Editorial Digital del Tecnológico de Monterrey.
2. Berrios Alvarez, M. D. (2019). *Factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena*, Cusco 2018 [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional San Antonio de Abad del Cusco]. Repositorio institucional. <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/4032>
3. Bertin, F., Montecinos, M., Torres, P. y Pinto, P. (2019). Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 84(1), 55-63. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000100055>.
4. Bombilla Cuayla, S. Y. (2021). *Embarazo Ectópico* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad José Carlos Mariátegui]. Repositorio institucional. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3120230>
5. Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Wagner, C. M., & Dochterman, J. M. (Eds.). (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier.
6. Caballero Muñoz, E., Becerra Salas, R. y Latrach, C. (2005). *Utilización del proceso de enfermería*. Santiago de Chile: Universidad Mayor.
7. Cabo de Villa, E. D., Morejón Hernández, J. M. y Acosta Figueredo, E. (2020). Dolor y analgésicos. Algunas consideraciones oportunas. *MediSur*, 18(4), 694-705. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99517>
8. Cannon, J. W. (2018). Hemorrhagic shock. *The New England Journal of Medicine*, 378(4), 370-379. <https://doi.org/10.1056/nejmra1705649>
9. Carpenito, L. J. (2021). *Handbook of nursing diagnosis* (16ta. Ed.). Jones & Bartlett Learning. Carrillo, R., De La Torre, T., Nava, J. A., Posada, A., Pérez, Á. A., De La Torre, M. A., Cabello, R., & López, M. del R. (2018). Consenso multidisciplinario para el manejo de la hemorragia obstétrica en el perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(3), 155-182. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma183b.pdf>
10. Carvajal Hermida, E. Y., & Sánchez-Herrera, B. (2018). Nursing Care with a Human Approach”: A Model for Practice with Service Excellence. *Aquichan*, 18(2), 149-159. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/7573>
11. Castiblanco, R. A., Coronado, C. M., Morales, L. V., Polo, T. V. y Saavedra, A. J. (2022). Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista Cuidarte*, 13(1), 1-18. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2075>
12. Ccayanchira Domínguez, M., & Sicha Cueto, I. S. (2022). *Cuidados de enfermería en embarazo ectópico complicado del servicio de Ginecología de un hospital nacional de Ayacucho*, 2021 [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5739>
13. Chiguay Copa, H. A. (2021). *Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el Hospital III Goyeneche*, Arequipa, en el período enero-diciembre 2020 [Tesis de licenciatura, Universidad San Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional. <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/5f45462e-3c89-4730-86a5-877430ffa177>
14. Chinizaca Torres, D. A. (2019). *Prevalencia y factores asociados al embarazo ectópico en mujeres de edad fértil atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso*, periodo 2016-2018 [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Católica de Cuenca]. Repositorio institucional. <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/130872f4-d9e9-44e2-ab83-d04e635affee>
15. De la Cruz, S. (2018). *Cuidados de enfermería a Pacientes con embarazo ectópico en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete* 2015 [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio institucional. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/2891>

16. Fernández Dolón, J. (2022). *Historia de la Enfermería*. Universidad Pontificia Comillas. Figueredo-Borda, N., Ramírez-Pereira, M., Nurczyk, S., & Diaz-Videla, V. (2019). Modelos Y Teorías De Enfermería: Sustento Para Los Cuidados Paliativos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8 (2). <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>
17. Garita, S. E., Fernández, J. C. G. y Alvarado, G. P. (2021). *Generalidades del embarazo ectópico*. *Revista Médica Sinergia*, 6(5). <https://doi.org/10.31434/rms.v6i5.670>
18. Gasparri, M. L., Mueller, M. D., Taghavi, K. y Papadia, A. (2018). Conventional versus single port laparoscopy for the surgical treatment of ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Gynecologic and obstetric investigation*, 83 (4), 329-337. <https://doi.org/10.1159/000487944>
19. Guevara-López, U., Covarrubias-Gómez, A., Delille-Fuentes, R., Hernández-Ortiz, A., Carrillo- Esper, R. y Moyao-García, D. (2005). Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. *Cirugía y Cirujanos*, 73(3), 223-232. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4406>
20. Heather, T. y Kamitsuru, S. (2021). *Diagnósticos enfermeros definición y clasificación 2021- 2023*. Elsevier. Henao López, C. P. (2022). *Percepción de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería en una unidad-materno infantil de III nivel de la ciudad de Medellín* [Tesis de maestría, Universidad de Manizales]. Repositorio institucional. <https://ridum.umanizales.edu.co/handle/20.500.12746/6132>
21. Hendriks E, Rosenberg R. y Prine L. (2020). Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 101 (10), 599-606. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0515/p599.pdf>
22. Herdman, H. y Kamitsuru, S. (2018). *NANDA: diagnósticos de enfermería internacionales: definiciones y clasificación* (11ma ed.). Elsevier. <https://maludice7.com/diagnosticos-de-enfermeria-nanda-i-2018-2020/>
23. Huerta Verde, L. V. y López Villanueva, D. J. (2022). *Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo]. Repositorio institucional. <https://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/5096>
24. Iyer P.E. y Taptich B.J. (2008) *Proceso y Diagnóstico de Enfermería* (3ra ed.). Editorial Ciencias Médicas. Kislitsina, O. N., Rich, J. D., Wilcox, J. E., Pham, D. T., Churyla, A., Vorovich, E. B., ... y Yancy, C. W. (2019). *Shock-classification and pathophysiological principles of therapeutics*. *Current cardiology reviews*, 15(2), 102-113. <https://doi.org/10.2174/1573403x15666181212125024>
25. Liang, H. H., Vargas, J. S., Sánchez, A. G. H. y Mora, J. V. (2019). Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. *Revista clínica de la escuela de medicina de la universidad de Costa Rica*, 9(1), 28-36. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87031>
26. Lizardo Villaorduña, C. M. (2021). *Embarazo ectópico complicado en paciente tercigesta en hospital II-2 Huaraz, 2018* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad José Carlos Mariátegui]. Repositorio institucional. <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1485>
27. Mamani Barboza, A. V. (2018). *Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017-Puno* [Tesis de bachillerato, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio institucional. <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/8043>
28. Marik PE, Weinmann M. (2019). Optimizing fluid therapy in shock. *Current Opinion in Critical Care*, 25(3), 246-51. https://journals.lww.com/co-criticalcare/abstract/2019/06000/optimizing_fluid_therapy_in_shock.10.aspx
29. Marion, L. L. y Meeks, G. R. (2012). Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. *Clinical obstetrics and gynecology*, 55(2), 376-386. https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2012/06000/ectopic_pregnancyhistory,_incidence.3.aspx
30. Martínez A, Quintero L, García C. y Fernández, A. (2018). Embarazo ectópico cervical: diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. Reporte de caso. *Universitas Médica*, 59(1). <http://doi.org/10.11144/Javeriana.umed59-1>

31. Matos, H., Rodríguez, O., Estrada, G., Martínez, M., Saap, A., Osorio, M., Beltrán, J. y Denis, E. (2018). Caracterización de embarazo ectópico. *Revista Información Científica*, 97(6), 1100-1110. <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2174/3937>
32. Mejía, J. H. (2018). *Beneficios del uso de metotrexato vs. del tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico no complicado en el instituto nacional materno perinatal durante los años 2014-2015* [Tesis de bachillerato, Universidad Ricardo Palma]. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1285/192-JMEJÍA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Melgarejo, E. (2018). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pos operado de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado en la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1417>
34. Mielles Orlando, A. M. y Rosado Gómez, N. I. (2021). *Prevalencia y evaluación del shock hipovolémico por embarazo ectópico en mujeres de 20 a 35 años atendidas en el hospital general norte de Guayaquil, los Ceibos durante el periodo de enero 2017 y 2019* [Tesis de bachillerato, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio institucional. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/16762>
35. Moltó, B. (2022). Proceso de atención de enfermería en un paciente con embarazo ectópico ovárico. Caso clínico. *Revista Electrónica de Portales Médicos*, 17(7), 279. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-un-paciente-con-embarazo-ectopico-ovarico-caso-clinico/>
36. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. y Maas, M. L. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud* (6ta ed.). Elsevier.
37. Morales Baldeón, M. (2018). *Manejo de las complicaciones en el embarazo ectópico* [Trabajo académico de titulación, Universidad de Guayaquil]. Repositorio institucional. <https://repositorio.ug.edu.ec/items/1177f726-74be-4808-af54-4775e21f6587>
38. Murillo, M. (2020). *Abordaje enfermero del embarazo ectópico* [Trabajo académico de fin de grado, Universidad Católica de Murcia]. Repositorio institucional. <https://repositorio.ucam.edu/handle/10952/4953>
39. Naranjo-Hernández, Y., González-Hernández, L. y Sánchez-Carmenate, M. (2018). *Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente*. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(6), 831-842. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000600831&lng=es&tlng=es.
40. Núñez, E. y Panta, O. (2018). *Enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico previo y antecedente de cirugía tubárica como factores de riesgo de embarazo ectópico*. Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2000-2015. *Revista Ciencia y Tecnología*, 14(3), 89-95. <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/2109>
41. Pacagnella, R. C. y Borovac-Pinheiro, A. (2019). Assessing and managing hypovolemic shock in puerperal women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 61, 89- 105. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.05.012>
42. Palomar-Aumatell, X. (2017). 2. Uso De Un Indicador NOC para valorar la Cinetosis. *Universitat Central de Catalunya*. <http://hdl.handle.net/10854/4969> Parra, A. I. R. (2019). *Embarazo ectópico*. *Revista Médica Nasajpg*, 1.
43. Pérez Pacheco, F. S. (2022). *Proceso de atención de enfermería a paciente con embarazo ectópico y abdomen agudo, del servicio de emergencia de ginecobstetricia de un hospital de Lima, 2021* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5367>
44. Pesut, D. J. y Herdman, J. (2019). *Razonamiento clínico: el arte y la ciencia del pensamiento crítico y creativo*. Elsevier.
45. Pincay González, E. A. (2021). *Aplicación del proceso enfermero en usuaria con embarazo ectópico*

tubárico. Hospital Básico Rafael Serrano López La Libertad 2020 [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/5764>

46. 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* [Tesis de bachillerato, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio institucional. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/11076>

47. Ramos, A., Guajardo, J., Chejne, F., Juárez, Á. y Ayón, H. (2018). *Mecanismos para prevenir dolor agudo a crónico*. Revista Mexicana de Anestesiología, 41(1), 44-47. <http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx>

48. Riegel, F., Oliveira, M. da G. y Silveira, D. (2018). Contribuições da teoria de Jean Watson ao pensamento crítico holístico do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2193-2197. http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2072.pdf

49. Román-Soto, J., Oyola-García, A. y Quispe-Illanzo, M. (2019). Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(1), 1-12

50. Ruiz Fernández, M. D. C., Siles Carvajal, A., & Silva Muñoz, G. (2019). *Gestación ectópica. Una consulta de urgencias en el primer trimestre. Diagnóstico y tratamiento*. Recuperado de: <http://ciberfebrero2019.enfermeriadeurgencias.com/images/4.pdf>

51. Ruiz Freire, B. Y. (2022). *Proceso de atención de enfermería en gestante de 28 años con embarazo ectópico de 6 semanas de gestación* [Examen complejo de enfermería, Universidad de Babahoyo]. Repositorio institucional. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/11461>

52. Sánchez Rodríguez, J. R., Aguayo Cuevas, C. P. y Galdames Cabrera, L. (2017). Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. *Revista Cubana de Enfermería*, 33 (3). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091>

53. Tian, N., Yu, J., Zhang, S., Ma, W., Wang, T. y Wang, Y. (2018). Effects of methotrexate on the quality of oocyte maturation in vitro. *European Biophysics Journal*, 47, 249-260. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00249-017-1254-2>

54. Torcal Baz, M. y Ventoso Mora, S. A. (2020). *Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos*. Revista Clínica de Medicina de Familia, 13(3), 203-211. <https://revclinmedfam.com/article/manejo-y-tratamiento-del-dolor-en-cuidados-paliativos>

55. Vernaza, P., Posadas, L. & Acosta, C. (2019). Dolor y emoción, una reflexión para el profesional en ciencias de la salud. *Duazary*, 16(1), 145 - 155. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2639>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Olivia E. Pulcha-Llerena, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.

Redacción - borrador original: Olivia E. Pulcha-Llerena, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.

Redacción - revisión y edición: Olivia E. Pulcha-Llerena, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.