



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UNA PERSONA QUE PRESENTÓ UN EMBARAZO ECTOPICO DE 7 SEMANAS DE GESTACION BASADO EN EL MODELO DE "VIRGINIA HENDERSON"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ANABEL GÓMEZ PADILLA.

NO. CUENTA:

407117992

DIRECTORA ACADÉMICA:

LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

MÉXICO D.F. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción	
Justificación	1
Objetivo:	
General	2
Específico	2
Capítulo I	
Metodología	3
Capítulo II	
2.1 Marco teórico:	
2.1.1 Definición de enfermería	5
2.1.2 Teoría del cuidado	5
2.1.3 Proceso de atención enfermería	6
2.1.4 Historia del proceso de atención de enfermería	7
2.1.5 Generalidades del proceso de atención de enfermería	9
2.1.6 Etapas del proceso de atención de enfermería	9
2.1.6.1 Valoración	
2.1.6.1.1 Entrevista	12
2.1.6.1.2 Examen físico	13
2.1.6.1.3 Exámenes de laboratorio y gabinete	13

2.1.6.1.4	Resumen clínico	13
2.1.6.2	Diagnósticos de enfermería	
2.1.6.2.1	Taxonomía NANDA	16
2.1.6.2.2	DX reales	18
2.1.6.2.3	DX de riesgo	18
2.1.6.2.4	DX de bienestar	18
2.1.6.3	Planeación	
2.1.6.3.1	Taxonomía NOC	22
2.1.6.4	Ejecución	
2.1.6.4.1	Taxonomía NIC	23
2.1.6.5.	Evaluación	24
2.1.7	Generalidades del modelo de Virginia Henderson	
2.1.7.1	Definición	25
2.1.7.2	Necesidades básicas	26
2.1.7.3	Meta paradigma	27
2.1.7.4	Afirmaciones teóricas	27

Capítulo III

3.1 Aplicación del proceso de enfermería

3.1.1	Presentación del resumen del caso	29
3.1.2	Valoración de las 14 necesidades	30
3.1.3	Diagnósticos de enfermería	37
3.1.4	Plan de cuidados	38
3.1.5	Plan de alta	51

3.1.6 Conclusiones	53
3.1.7 Sugerencias	54
3.1.8 Bibliografía	55
3.2 Anexos	
3.2.1 Glosario	57
3.3 Patología:	
3.3.1 Concepto	60
3.3.2 Epidemiología	60
3.3.3 Anatomía	61
3.3.4 Fisiopatología	62
3.3.5 Etiología	65
3.3.6 Estudios de gabinete	67
3.3.7 Estudios de laboratorio	68
3.3.8 Tratamiento	72
3.3.9 Complicaciones	75

INTRODUCCIÓN

La enfermería como gremio mayoritario en las instituciones de salud y reconocida como profesión, está comprometida a demostrar que su disciplina se basa en fundamentos científicos aplicados a su quehacer diario, sin que por ello se pierda su sentido artístico y humano; todo lo contrario, debe verse enriquecida y consolidada como una disciplina integral, autónoma, con capacidades para estar a nivel de cualquier otra y sumada a los proyectos de mejora continua de la calidad, sin duda alguna que las instituciones de salud logran la excelencia en su atención. Mediante un enfoque deliberado para la solución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades de la persona familia y/o comunidad, mismo que se encuentra en el proceso enfermero ya que este promueve cuidados humanísticos, centrados en objetivos eficaces, impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo, tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo la capacidad de la persona para hacer actividades que son importantes para ambos (enfermera, persona paciente) .

El proceso enfermero en la práctica profesional, constituye un elemento fundamental, para acreditar a la disciplina de enfermería y elevar la calidad del cuidado, basándolo en el juicio crítico, el fundamento científico, la observación y otros elementos que ayuden a la enfermera a detectar las necesidades de la persona en situaciones de enfermedad, o bien a mejorar la calidad de vida.

El presente trabajo se desarrollo en el Hospital General “Adolfo Prieto de Taxco Gro. En el servicio de modulo “mater” (correspondiente al servicio de urgencias obstétricas) En el que se elabora un proceso atención enfermería aplicado a una persona en edad reproductiva la cual presenta un embarazo ectópico de siete semanas de gestación y se le pide su autorización para aplicarle el instrumento de valoración.

En el primer capítulo se describe la metodología de este trabajo de acuerdo a las siguientes etapas del proceso atención enfermero, basado en el modelo de Virginia Henderson:

La Valoración se realizó con la recolección de datos, la observación, auscultación y entrevista

En la segunda fase se identificaron los problemas para elaborar los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía II dominios, clase y diagnóstico de la NANDA, utilizando el Modelo de Virginia Henderson.

Planeación.- Se diseñaron estrategias de enfermería para dar solución a los problemas del paciente, se jerarquizaron prioridades, se elaboraron objetivos, se determinó el nivel de relación enfermera-paciente que Henderson menciona.

Ejecución.- Se aplicaron cuidados integrales específicos con el fin de alcanzar los objetivos planeados.

Evaluación- En esta etapa se describió la evolución del paciente y los resultados de las intervenciones de enfermería para ver como estas acciones ayudaron a su recuperación.

Posteriormente en el segundo capítulo se da una definición de enfermería de acuerdo a la (ANA), se menciona la teoría del cuidado de acuerdo a Jean Watson, se caracteriza por resaltar la importancia del cuidado. Posteriormente se define el proceso de atención enfermero (PAE), a sí mismo se hace mención de su historia y como ha ido evolucionando de tres etapas a cinco que actualmente son. Se mencionan los tipos de diagnósticos de enfermería que existen y ejemplos de cómo se realizan los enunciados en un diagnóstico real, de riesgo y de bienestar a sí mismo la planeación con la taxonomía NOC y la ejecución con la taxonomía NIC. Se continúa con generalidades de Virginia Henderson, las 14 necesidades básicas y la definición de enfermería, salud, entorno y persona.

En el capítulo tres se encuentra la definición de lo que es él (PAE), se describe el caso clínico, se realiza la valoración de enfermería de acuerdo las 14 necesidades de Virginia Henderson y los planes de cuidado que la enfermera lleva a cabo con su respectiva evaluación, a si mismo un plan de alta sugerido para ofrecer un estilo de vida saludable o las mínimas complicaciones intradomiciliarias, se hace mención de sugerencias y conclusiones a las que llevo el realizar este trabajo y la bibliografía que sirvió de apoyo.

El instrumentó de valoración que sirvió de apoyo para la recolección de los datos, el glosario y la valoración de riesgo están incluidos en los anexos. Y por ultimo pero no menos importante se menciona la patología de lo que es un embarazo ectópico, anatomía del órgano afectado, fisiopatología, signos y síntomas, tratamiento y complicaciones.

Es importante señalar que la enfermera entre más conocimiento y experiencia laboral, mayor habilidad tendrá para detectar necesidades e identificar diagnósticos reales, potenciales y de bienestar.

Por todo lo mencionado anteriormente y como enfermeras profesionales se sabe de la responsabilidad que se tiene y la importancia de tener presente el proceso atención enfermero como un apoyo. Proporcionando a la persona familia y comunidad los cuidados en forma integral.

JUSTIFICACION

La necesidad de una formación especializada de enfermería para el cuidado requiere la aplicación del proceso enfermero apoyado con diferentes teorías, propias de la disciplina en este caso usaremos el modelo de los fundamentos teóricos de VIRGINIA HENDERSON con sus 14 necesidades.

Este trabajo tiene la finalidad de desarrollar habilidades y promover actitudes encaminadas hacia la mejora en la calidad del cuidado que se proporciona por el profesional de enfermería. Por ello se elaboró este proceso de enfermería llevado a cabo en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco Gro. Está enfocado en brindar cuidados totalmente compensatorios a una persona del sexo femenino de 21 años la cual cursa con un embarazo ectópico de siete de gestación.

El embarazo ectópico ocupa el segundo lugar en procesos hemorrágicos en el primer trimestre del embarazo, Su incidencia se estima en 1.6 a 2 embarazos ectópicos por cada 100 nacimientos, con índices de mortalidad materna del 9 % en la modalidad intersticial.

Después de un embarazo ectópico se incrementa a un nivel de 7 a 13 veces el riesgo de embarazo ectópico subsecuente. La posibilidad de que un embarazo subsecuente sea intrauterino es de 50 a 80 % y la de embarazo tubárico es de 10 a 25 %; las pacientes restantes quedan estériles, generalmente.¹ Es por eso que se realiza el presente trabajo para brindar los cuidados oportunos y el apoyo necesarios a las mujeres en edad reproductiva que como V.A.V padecen de un embarazo ectópico.

En el hospital general de Taxco Gro. De enero a marzo se registraron 5 embarazos ectópicos de los cuales todos fueron ampulares y tres de ellos rotos.²

1 -Enríquez DB, Fuentes GL, Et. *Al Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico*. Rev Cubana Obstet Ginecol 2003; p 29

² Departamento de estadísticas del Hospital General .Adolfo Prieto de Taxco Gro.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Aplicar el proceso de atención de enfermería con la finalidad de mejorar la calidad del cuidado y seguridad de la señora V.A.V. Mediante los lineamientos establecidos con enfoque en el modelo de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Identificar las necesidades de la señora V.A.V a través de la valoración de enfermería

- ❖ Establecer prioridades y definir diagnósticos enfermeros reales y potenciales

- ❖ Realizar un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades básicas de la señora V.A.V. con el fin de satisfacerlas.

- ❖ Elevar la seguridad y compromiso de la señora V.A.V. para que afronte el proceso sin ver afectado su estado emocional y su relación con el entorno.

CAPITULO I

1.1 METODOLOGÍA

El presente trabajo se desarrolló de acuerdo a las siguientes etapas del proceso atención enfermero, basado en el modelo de Virginia Henderson, el cual se anexa en este trabajo.

VALORACIÓN:

En esta etapa se llevaron a cabo varias actividades:

La valoración inicial se llevo a cabo en el servicio de modulo “mater” (correspondiente al servicio de urgencias) del Hospital general Adolfo Prieto de Taxco Gro. Se realizó una minuciosa observación e inspección de la paciente, de acuerdo a su estado general (físico y emocional en el que se encontraba) y para ello recurrimos al expediente, instrumentos para toma de signos vitales

Posteriormente se realizó la entrevista para la recolección de datos que nos permitió conocer más acerca de su persona a través de la comunicación por medio del interrogatorio.

Se realizó la historia clínica de enfermería que nos permitió establecer una relación de la paciente con su entorno, a fin de obtener datos más significativos de su padecimiento y de su estado bio-psico-social para poder definir y jerarquizar los problemas prioritarios. Se le preguntó acerca de su padecimiento actual, sus actividades cotidianas, preguntas respecto a sus hábitos, a su familia, a las condiciones de su hogar y de su comunidad, para poder realizar el diagnóstico de enfermería y el plan de cuidados.

DIAGNÓSTICO:

Durante la valoración se conformó una conclusión diagnóstica esto nos dio la oportunidad de poder detectar y jerarquizar sus necesidades inmediatas, mediatas y a largo plazo, lo cual nos permitió elaborar un plan de atención de enfermería para dar una atención de calidad en cada Dx. prevenir complicaciones y elaborar un Plan de Alta.

Se mantuvo en observación y cuidado durante su estancia hospitalaria.

PLANEACIÓN

Después del interrogatorio, la exploración física, la historia clínica de enfermería, y la detección de los diagnósticos, se trazaron los objetivos y la planeación de las intervenciones independientes e interdependientes conjuntamente con la paciente y su familia que ayuden a la satisfacción de sus necesidades físicas, psicológicas sociales y espirituales.

EJECUCIÓN

Se realizaron las actividades planteadas, ejecutándolas con fundamento científico para cada una de ellas, en base al proceso atención enfermería, con la colaboración de la Sra viridiana

Se elaboró y se le entregó un Plan de Alta.

EVALUACIÓN Y/O RESULTADOS

En la etapa de evaluación se verificó y se comprobó la Satisfacción del cumplimiento de los objetivos planteados, la evolución y desarrollo del Proceso y la entera satisfacción de la paciente y su familia.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1. DEFINICION DE ENFERMERIA

La profesión de enfermería ha sido definida por líderes de enfermería y organizaciones profesionales según sus funciones; para fines prácticos se utilizará la definición de la ANA, ya que este documento refleja la evolución histórica de la profesión y su base teórica: “Enfermería es el diagnóstico y tratamiento a las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales.”³

Respuestas humanas.- Es la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad.⁴

2.1.2. TEORIA DEL CUIDADO

Desde el siglo XIX, la profesión de enfermería comienza a tener una interrelación con la práctica médica; desde este punto de la historia el cuerpo del ser humano pasó a ser objeto del médico y el ambiente del enfermo a la práctica de enfermería. A partir de allí se desarrollaron los *conceptos dominantes* de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería. Es cuando las teóricas en enfermería proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador como la persona que entrega cuidado y la persona cuidada, componentes claves de esta interacción.

El cuidado entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida”,

³ IYER, P.W., TAPICH J., ET. AL. *Proceso de enfermería. Diagnósticos de enfermería*, 2a. ed., Editorial Interamericana, 1997.p 5

⁴ RODRIGUEZ S. B. *Proceso de enfermería*, Ediciones Cuellar, 2000.p 12

es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

La enfermera, el dador de cuidado necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente. La ocasión de cuidado se vuelve “transpersonal” cuando “permite la presencia del espíritu de ambos después el evento del momento expande los límites de apertura y tiene la habilidad de expandir las capacidades humanas”

2.1.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de los objetivos de forma eficiente.

Etapas del proceso de enfermería:

- Valoración: es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, que son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico: es un enunciado que describe, diagnostica y trata la respuesta humano ante problemas de salud reales o potenciales.
- Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- Ejecución: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación: comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos⁵

2.1.4 HISTORIA DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de 5 fases compatible con la naturaleza evolutiva de la profesión” Hall en 1995 lo describió como un suceso

⁵ IYER, P.W., TAPICH J., ET. Al. : Op cit,pp.13-15

distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los primeros actores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A medida de los años 70 Blach (1974), Roy (1975), Mundee y Jauron (1975) y aspinal (1976) añadieron la fase diagnostico, dando lugar al proceso de cinco fases.⁶

Para la asociación Americana de enfermería (A.N.A.) el proceso es considerado estándar para el suceso de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermera profesional; en el nuestro, cada día requiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en la aplicación durante la pláctica: sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (ros) aún en nuestro país.⁷

2.1.5 GENERALIDADES DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA:

CARACTERISTICAS:

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permite organizar su trabajo y solucionar sus problemas relacionados con la salud de los usuarios.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conduce al logro de resultados (valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación).

⁶ RODRÍGUEZ S, B.: Op. Cit. p 31

⁷ *Ibidem*

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que no se debe fraccionar.

Es intencionado porque se centra en el logro de los objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en diversos contextos de la práctica de enfermería y a adaptar a cualquier teoría y modelo de enfermería y

Es interactivo por requerir de la interrelación humana con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.⁸

Objetivos.

- Constituir una estructura que pueda cubrir e individualizar, las necesidades del paciente, familia y comunidad.
- Favorecer una interacción entre el paciente y la enfermera
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo favoreciendo la satisfacción del cliente

VENTAJAS:

El proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional, y contiene las normas de calidad. El cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.

Para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

⁸ *Ibidem*

Otras ventajas del proceso enfermero son:

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, reduciendo la incidencia de ingresos hospitalarios.
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Tiene requerimientos de documentación precisos diseñados para:

Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones.

Dejar un rastro de papel que pueda seguirse posteriormente para evaluar los cuidados del usuario y para realizar estudios que permitan el avance de la enfermería y mejoren la eficacia y eficiencia de los cuidados de salud.

- Evitar que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad)
- Ayuda a que: los usuarios y sus familias se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos.
- Que las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

2.1.6 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

2.1.6.1 ETAPA DE VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso de enfermería que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen las piezas necesarias del rompecabezas.

LOS PASOS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de los problemas reales y de riesgo.

Son tres pasos que se deben de seguir para la valoración

- Recolección de la información
- Validación de la información
- Registro de la información.⁹

RECOLECCION DE LA INFORMACION

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos:

- Subjetivos
- Objetivos
- Históricos
- Actuales.

DATOS SUBJETIVOS

Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos, son a aquellos que el usuario nos refiere. Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo. A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre si mismo y sobre el estado de salud del usuario. Algunos

⁹ *Ibidem*.p 40

ejemplos son las descripciones que hace el usuario del dolor, la debilidad, la frustración, las náuseas o el desconcierto.

La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente, por ejemplo la familia, los consultores y otros miembros del equipo de atención sanitaria, puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.

DATOS OBJETIVOS

Por contraste, los datos objetivos consisten en información observable y mensurable. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del usuario.

Algunos ejemplos de datos objetivos son la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la presencia de edema y el peso.

DATOS HISTÓRICOS

Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del usuario y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto en el estado de salud actual del usuario. Algunos ejemplos de datos históricos pueden ser la hospitalización o cirugía previa, los resultados del ECG, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.

DATOS ACTUALES

Por contraste, los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento. Algunos ejemplos son tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en

las valoraciones repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente.¹⁰

METODOS PARA OBTENER DATOS

- La entrevista
- La observación
- El examen clínico

2.1.6.1.1 LA ENTREVISTA: es un proceso que tiene cuatro finalidades que son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera / paciente
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.¹¹

¹⁰ Iyer, Patricia W. Op. Cit. Pp. 12-15

¹¹ **El Proceso de enfermería** (consultado 20-02-2011) disponible en www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

2.1.6.1.2 EXAMEN FISICO

La exploración física es la actividad final para recolectar datos, esta se centra en determinar con detenimiento la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista y se utilizan cuatro técnicas específicas:

- Inspección: Examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.
- Palpación: Utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.
- Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
- Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.¹²

2.1.6.1.3 EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE: Estos deben de ser actualizados y completos.

2.1.6.1.4 RESUMEN CLÍNICO: Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. También puede buscar evidencias de los recursos con que cuenta el cliente.

¹²*El Proceso de enfermería* (consultado 20-02-2011) disponible en www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

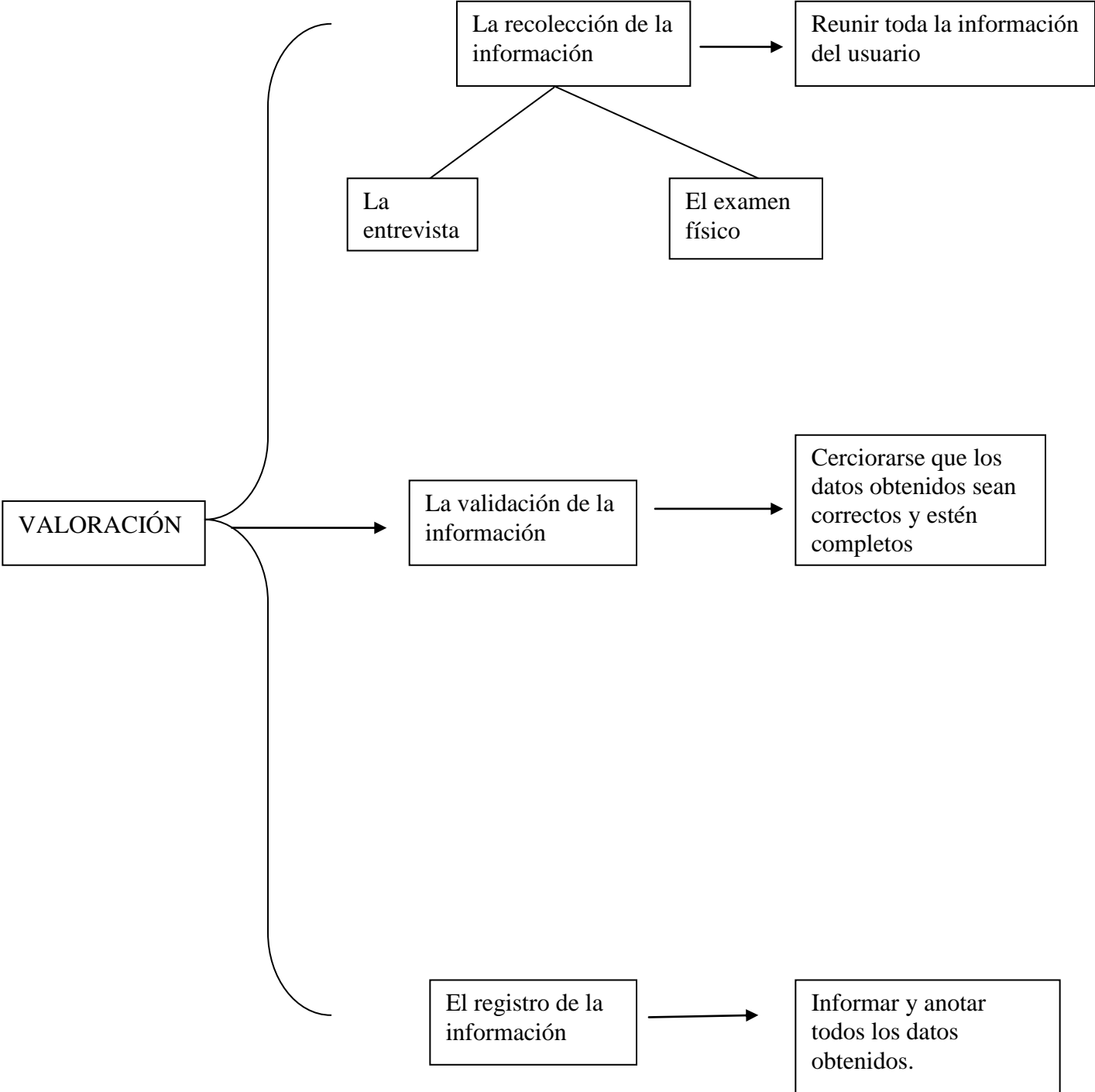
VALIDACIÓN DE DATOS

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos) debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. Se consideran datos verdaderos, aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla.

REGISTRO DE LA INFORMACION

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Prueba de carácter legal.
- Permite la investigación en enfermería.

PASOS PARA LA VALORACIÓN



2.1.6.2 ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. En ésta etapa se analizan los datos e identifican problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados.

2.1.6.2.1 TAXONOMIA NANDA

La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

El diagnóstico de enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permite conseguir los resultados esperados;

ESTA ETAPA COMPRENDE:

- Razonamiento diagnóstico
- La formulación del diagnóstico
- La verificación de los diagnósticos
- El registro de los diagnósticos

RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integran los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir con el juicio clínico.¹³

LA FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO:

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El problema se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La etiología son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o Espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los signos y síntomas, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre si en una situación dada, la conclusión diagnóstica a de ser la misma.

¹³ RODRÍGUEZ S, B. .: Op. Cit. p 51

TIPOS DE DIAGNOSTICO

2.1.6.2.2 Real: Estado del paciente que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Este consta de tres partes: Formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S) estos últimos son los que validan el diagnóstico.

Ejemplo: Duelo r/c perdida de una parte corporal extremidad corporal derecha, m/p tristeza llanto dificultad para expresar los sentimientos, pérdida del apetito y dificultad para conciliar el sueño.

2.1.6.2.3 De riesgo: Es un juicio clínico que no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema, en el individuo, familia o comunidad. Este consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

Ejemplo: Riesgo de traumatismo relacionado con (r/c) marcha inestable y pérdida de la agudeza visual.

2.1.6.2.4 De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Ejemplo: disposición para mejorar el bienestar espiritual / lactancia materna eficaz.¹⁴

LA VERIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda plantearse las siguientes preguntas:

¹⁴ *El Proceso de enfermería* (consultado 20-02-2011) disponible en www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

1. ¿son suficientes los datos obtenidos para formular este diagnostico?
2. ¿hay un patrón? ¿Hay datos subjetivos y objetivos con que constituirlos?
3. ¿se basa en conocimientos de enfermería?
4. ¿la situación descrita por el diagnostico se puede solucionar solo con intervenciones de enfermería?
5. ¿si se le dan estos mismos datos a otros profesionales, de enfermería, formularían ellos el mismo diagnostico?

EL REGISTRO DE LOS DIAGNÓSTICOS

Como el resultado del proceso de diagnostico y de la asignación de enunciados para nominar los problemas, se tiene una lista que prácticamente es la culminación de las dos primeras etapas del proceso de enfermería.

Vale la pena revisar esta lista para ver si hay repeticiones, o si se pueden agrupar problemas iguales con etiologías diversas o tener varios problemas con la misma etiología.¹⁵

2.1.6.3 .ETAPA DE PLANIFICACIÓN

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

- Establecer prioridades
- Elaborar objetivos
- Determinar acciones de enfermería
- Documentar el plan de enfermería

ESTABLECER PRIORIDADES

¹⁵ Iyer, Patricia W. *Op. Cit.*

Jerarquizar los problemas y necesidades detectadas en la etapa de diagnóstico. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente, es oportuno mencionar aquí, que bajo una concepción holístico –humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca o perpetua la enfermedad. Por lo tanto determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico con el objeto de tomar decisiones respecto a:

- Que problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar.
- Que problemas son su responsabilidad y cuales debe referir a otro profesional
- Que problemas trata usando planes estandarizados (p.ej., vías críticas, planes de cuidados estandarizados).
- Que problemas no están cubiertos por los protocolos o planes estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Jerarquizadas las necesidades, se plantean los objetivos de acuerdo a los problemas, teniendo presente que los objetivos sirven para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones en enfermería.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, es la última etapa del plan de cuidados.

El plan de cuidados de enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación.

La finalidad de estos está dirigida a fomentar cuidados de calidad, utilizando para ello los cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados y la evaluación.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADO

- Individualizado
- Estandarizados
- Estandarizados con modificaciones
- Computarizados.

Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

Estandarizado: un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto. ¹⁶

2.1.6.3.1 TAXONOMIA NOC:

¹⁶*El Proceso de enfermería* (consultado 20-02-2011) disponible en www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

Clasificación de resultados de enfermería:

La taxonomía (NOC) se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de las intervenciones de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escala de medición.

Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se requieren alcanzar en las personas, familia y comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería.

Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas.

El indicador se refiere a los criterios que permite medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo likert de cinco puntos para cuantificar el estado en que se encuentra el resultado.

2.1.6.4 ETAPA DE EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

2.1.6.4.1 TAXONOMIA NIC:

Clasificación de intervenciones de enfermería:

La taxonomía (NIC) es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el personal de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. La taxonomía está compuesta de dos elementos sustanciales: Las intervenciones y las actividades de enfermería.

Las intervenciones de enfermería pueden ser:

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

2.1.6.5 ETAPA DE EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones,

Este proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recolección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.¹⁷

¹⁷ *Proceso de enfermería* (consultado 20-02-2011) disponible en es.wikipedia.org/wiki/proceso_enfermeria

2.1.7 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson (1897-1996) fue una enfermera norteamericana con una gran trayectoria profesional como autora e investigadora. A lo largo de su carrera declaró que su preocupación por los pacientes era “el elemento esencial del servicio de enfermería” y planteó cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería. Repitió también las necesidades de evaluar de forma continua las necesidades del paciente, ya que su estado como su objeto final cambia permanentemente.

2.1.7.1 La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas. El cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidados.

2.1.7.2 LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON SON:

- 1.-Oxigenación: Necesidad del organismo de introducir el oxígeno y expulsar el bióxido de carbono favoreciendo el intercambio gaseoso.
- 2.-Nutrición/hidratación: Necesidad del organismo de líquidos y nutrientes, necesarios para su metabolismo.
- 3.-Eliminación: Necesidad del organismo de expulsar las sustancias de desecho.
- 4.-Movilidad y una buena postura: Necesidad del organismo de ejercer la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el SNC.
- 5.-Reposo/sueño: Necesidad del organismo de suspender la actividad física, para permitir la recuperación de las fuerzas.

6.-Vestirse: Necesidad de proteger al cuerpo en función del clima, de las normas sociales, y de los gustos personales.

7.-Termoregulación: Mantener el equilibrio entre la producción del calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

8.-Higiene: Mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y cavidades.

9.-Evitar peligros: Necesidad de protección ante las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

10.-Comunicación: Expresar las propias emociones, necesidades y temores

11.-Religión/creencias: Necesidad de las personas de realizar actos y tomar decisiones en función de su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas y creencias religiosas o una filosofía de vida que le convenga o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

12.-Trabajo/realización: Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma; utilizar los recursos de que se dispone para asumir roles, ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

13.-Recreación: Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de diversión.

14.-Aprender: Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre si mismo, sobre su cuerpo, y los medios de prevenirlos. .¹⁸

¹⁸ HENDERSON, V. *The concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing*. 1978. P.p. 24

2.1.7.3 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA:

Persona:

La persona es una unidad corporal, física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables, el paciente y su familia están considerados como una unidad.

Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con Independencia.

2.1.7.4 AFIRMACIONES TEORICAS:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.¹⁹

¹⁹ *Enfermeras Teóricas - Virginia Henderson* (consultado el 03-mar-2011) disponible en www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm

CAPITULO III

3.1 APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

3.1.1 RESUMEN DEL CASO CLINICO

Se trata de la señora V. A. V. de 22 años de edad es casada, católica, se dedica al hogar, cuenta con casa propia. Hace 3 comidas al día incluye en su dieta huevo pocos vegetales y tortillas, ingiere muy poca cantidad de agua refiere bañarse cada tercer día, generalmente evacua 2 veces y miccióna 3 0 4 veces por día refiere disuria y micciones de color amarillo concentrado, niega ser alérgica a un medicamento, No se observa disnea, a la percusión sin presencia de tos y campos pulmonares ventilados, comenta fumar ocasionalmente, niega ingerir bebidas alcohólicas.

Signos vitales al ingreso T/A 110/70 FC: 78x´ FR: 22x ´ Temp: 36 .6 °c, a la exploración se encuentra alerta y orientada en tiempo y espacio, palidez de piel y tegumentos pie normo térmica labios y conjuntivas pálidas; y un reporte en preoperatorio de Hb. De 12 mg/dl. HCT de 37.2, LEU 10.5, ERI 4.35 PLQ 444 TP 10.0 SEG Y TPT 27.7 S

Sus antecedentes obstétricos son: menarca a los 12 años G: 3 para: 1, abortos: 1, óbitos: 0 cesáreas: 0 .Acude a consulta por referir dolor abdominal bajo, presenta metrorragia moderada de 15 días de evolución, a la exploración física se palpa masa anexial y se confirma el embarazo ectópico por USG.

V.A.V. se encuentra consiente, con ligera palidez de tegumentos, deteriorada emocionalmente, llorando por la pérdida del feto. Con temor a volver embarazarse por la pérdida anterior y la actual, a si mismo presenta ansiedad por la cirugía que se le efectuará.

3.1.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES:

FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre: V. A. V. Edad: 21años Peso: 60.500kg

Talla: 1.53cm Fecha de nacimiento: 8 Sexo: Femenino Ocupación: Hogar.
Escolaridad: primaria terminada Fecha de admisión: 02-03- 2010 Hora: 22
hrs Procedencia: barrio Vicente Gro. Fuente de información: Directa

Fiabilidad (1-4): 4 Miembro de la familia /persona significativa: esposo

1.-NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

SUBJETIVO:

No se observa disnea, a la percusión sin presencia de tos y campos pulmonares ventilados, presenta dolor abdominal intenso, a la interrogación comenta fumar ocasionalmente, hace dos años atrás, niega ingerir bebidas alcohólicas.

OBJETIVO:

Signos vitales al ingreso de T/a 110/70 Fc: 78x´ Fr: 22x ´ Temp: 36 .6 °c, a la exploración se encuentra alerta y orientada en tiempo y espacio, palidez de piel y tegumentos piel normo térmica labios y conjuntivas pálidas; y un reporte en preoperatorio de Hb. De 12 mg/dl. HCT de 37.2, LEU 10.5, ERI 4.35 PLQ 444 TP 10.0 SEG Y TPT 27.7 SEG

2.-NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

SUBJETIVO:

Refiere llevar una dieta escasa en vegetales, come carne 3 veces por semana, sin problemas de deglución y ocasionalmente realiza una rutina de ejercicios aeróbicos.

OBJETIVO:

Se observa piel delgada, mucosas hidratadas y dientes incisivos frontales de color blanco; en manos uñas limpias cortas e integra. El cabello de aspecto opaco y lacio procesado con tinte

Canalizada en brazo izquierdo con solución hartman de 1000 ml

3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

SUBJETIVO:

En hábitos intestinales refiere evacuaciones diarias, de color café y de consistencia dura, con micciones amarillas oscuro presentando disuria, período menstrual 28x3 doloroso, abundante de color rojo vivo con duración 5 días. Menarca a los 12 años. Comenta que presenta sangrados transvaginales en cantidad moderada con 15 días de evolución.

OBJETIVO:

El abdomen a la palpación se encuentra inflamado, Se coloca Sonda Foley a derivación, drenando 280ml. de orina amarillo oscuro sin sedimentación, presencia de sangrado transvaginal con 15 días de evolución.

4. -NECESIDAD DE MOVIMIENTO

SUBJETIVO:

Refiere fatiga en reposo en los últimos días, con gusto a la lectura y música, toma siesta después de la comida.

Al término de cirugía refiere que el vendaje abdominal está muy apretado, cuando despierta de la cirugía refiere dolor causado por la incisión quirúrgica.

OBJETIVO.

Se observa con dificultad para caminar, con postura: decúbito dorsal prolongado por cirugía y brazos extendidos con sujeción en muñecas. se proporciona movilización en bloque, debido al evento quirúrgico.

Al despertar de anestesia presenta facies de dolor al movilizarla, quejido y se lleva las manos al abdomen, refiriendo dolor del mismo. Con presencia de temblores finos en brazos posterior a la cirugía, se observa ansiosa y confusa.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO:

Descanso de 6 hrs., por la noche y siestas de 2 hrs., posterior a ingesta de alimentos con insomnio ocasional refiriendo sentirse descansada.

OBJETIVO:

Se percibe estresada con lenguaje limitado e introvertido, con ojeras, facies de angustia con una concentración distraída y apatía, durante la cirugía respuesta nula a estímulos dolorosos secundaria a anestesia.

6.-NECESIDAD DE HIGIENE

SUBJETIVO:

Refiere baño diario con regadera durante en día con aseo bucal de 1 a 2 veces diarias posterior a alimentos, con hábitos de aseo de manos antes y después de comer e ir al baño.

OBJETIVO:

Se observa aspecto general limpio con olor corporal agradable sin halitosis, cuero cabelludo limpio con ausencia de lesiones dérmicas.

7.-NECESIDADES DE TERMORREGULACION

SUBJETIVO:

Presenta adaptabilidad de los cambios de temperatura, pues refiere adaptarse fácilmente a cualquier cambio de clima sea frío o caliente

OBJETIVO:

En sala de quirófano con transpiración normal. La temperatura del quirófano se mantiene en rangos propios del área (18 a 25 °c), recibe anestesia bloqueo epidural.

8.- NECESIDAD DEL CUIDADO DE LA PIEL

SUBJETIVO:

Comenta tener una episiotomía del parto anterior

OBJETIVO:

No se observa acné ni dermatitis, en cambio si se observan estrías en el abdomen del embarazo anterior, Viste con bata hospitalaria.

9.- NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

SUBJETIVO:

Familia compuesta por su esposo e hija, refiere ponerse nerviosa y bloquearse hasta no saber qué hacer en caso de una situación de urgencia, a pesar de que conoce las medidas de prevención de accidentes, realiza controles periódicos de salud muy esporádicos.

OBJETIVO:

No se observan deformidades congénitas. Muestra ansiedad y signos de duelo como son tristeza, desesperación y llanto.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

SUBJETIVO:

Actualmente casada con rol familiar de ama de casa en convivencia con su hijo y esposo. Siente preocupación por los resultados posteriores a cirugía (LAPE) (salpingectomía) “no me preocupa la cirugía, si no el resultado de cómo vaya a salir “durante la interrogación se observan facies de angustia y miedo.

OBJETIVO:

Antes de la cirugía lenguaje claro pero con voz temblorosa, sin dificultad de visión y audición nítida; comunicación verbal limitada al ingreso (responde si-no).

11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVOS:

De creencia católica, sin conflictos religiosos, sin congruencia en su forma de pensar y actuar ante su problemática de salud actual. Comenta que Su embarazo actual no fue planeado, nunca pensó en el aborto.

OBJETIVO:

Permite el contacto físico a la exploración. Y no desea ningún método de planificación familiar, se muestra triste, deprimida y con temor.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO:

Actualmente no trabaja, refiere ser ama de casa y no da más detalles de su vida personal.

OBJETIVOS:

Se observa el apoyo incondicional de su pareja.

13.-NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO:

Lee en ocasiones y escucha música, realiza de vez en cuando ejercicio aeróbico en gimnasio como actividad recreativa. Como últimamente ha estado en reposo, su estado de ánimo es estresante y refiere tristeza y frustración.

OBJETIVOS:

Se observa triste.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO:

Al interrogatorio niega estar embarazada. Termina nivel de educación en primaria sin problemas de aprendizaje, ni limitaciones cognitivas, con preferencias a lectura, últimamente despierta su interés por resolver problemas de salud.

OBJETIVO:

Presenta un embarazo ectopico.Sistema nervioso integro, con los cinco sentidos funcionales y un estado emocional ansioso antes de cirugía y al despertar de anestesia manifiesta dolor y se comprueba memoria coherente e integra.

(1) Iyer, Patricia W. Proceso y Diagnostico de Enfermería. Tercera edición. McGraw-Hill Interamarticana.1997.

3.1.3 JERARQUIZACION DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

- DOLOR AGUDO R/C con la hemorragia abdominal secundaria a la ruptura de la trompa M/P informe verbal y conducta expresiva inquietud e irritabilidad.

- RIESGO DE INFECCIÓN R/C alteración de las defensas primarias (ruptura de la piel) procedimiento quirúrgico.

- TEMOR R/C Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (hospitalización y temor a la cirugía) M/P informes de sentirse asustada y aumento de la transpiración.

- DUELO R/C la pérdida del feto M/P culpa, sufrimiento, tristeza y llanto.

- ANSIEDAD R/C con su estado de salud M/P voz temblorosa y nerviosismo

3.1.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

NECESIDAD 4.- MOVIMIENTO

DOMINIO 12 CONFORT

CLASE 1 CONFORT FISICO

CODIGO: 00132

DIAGNÓSTICO: DOLOR AGUDO R/C con la hemorragia abdominal secundaria a la ruptura de la trompa M/P informe verbal y conducta expresiva inquietud e irritabilidad.

DEFINICION: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible²⁰

NOC (Resultados esperados)

Código: (1605)

Control del dolor

Acciones personales para controlar el dolor

INDICADOR:

(160511) Refiere dolor controlado

Escala

²⁰ T. Heather H: *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones 2009-2011(NANDA)* Editorial Elsevier España 2010 p 349

1. Nunca Demostrado
2. Raramente demostrado
3. A veces demostrado
4. Frecuentemente demostrado
5. Siempre demostrado²¹

NIC (Intervenciones de enfermería)

Código: (2210)

Intervención.-Administración de Analgésicos

Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor

Actividades:

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor.
- Comprobar órdenes médicas para el medicamento, dosis, frecuencia y analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Atender necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia.
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Se evaluó la capacidad de la paciente en la participación en la analgesia.²²

²¹ Moorhead S. Johnson M. ET. Al: *Clasificaciones de resultados de enfermería (NOC)* Tercera edición editorial Elsevier España 2005 p. p. 265-596

²² MCcloskey D. J., Belechek G.M. .Et Al.: *Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC)* cuarta edición, editorial Elsevier España 2005 p 841-134

EVALUACION.- la señora V. A. V. con la aplicación de analgésicos demostró frecuentemente dolor controlado.

NECESIDAD 9: SEGURIDAD

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION

CLASE1: INFECCION

CODIGO: 00004

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE INFECCIÓN R/C alteración de las defensas primarias (ruptura de la piel) procedimiento quirúrgico.

DEFINICION: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.²³

NOC (Resultados esperados)

CÓDIGO:(1807)

CONOCIMIENTO: CONTROL DE LA INFECCIÓN:

Grado de la comprensión transmitida sobre la prevención y el control de la infección

INDICADOR:

²³ T. Heather H: *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones 2009-2011(NANDA)* Editorial Elsevier España 2010 p 303

(180703)_Descripción de las prácticas que reducen la transmisión

Escala

1. Ninguno
2. Escaso
3. Moderado
4. Sustancial
5. Extenso²⁴

NIC (Intervenciones de enfermería)

Código 6540:

CONTROL DE INFECCIONES: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos

Actividades:

- limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes
- lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Usar guantes estériles.
- Instruir a la paciente y a su familia para identificar los datos de infección.

²⁴ Moorhead S. Johnson M. ET. AL : *Clasificaciones de resultados de enfermería (NOC)* Tercera edición editorial Elsevier España 2005 p.p. 218-628

- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Enseñar a la paciente y a la familia sobre medidas para prevenir la infección.
- Fomentar el lavado de manos correcto y frecuente para evita la infección.²⁵

EVALUACION.- la señora V.A. V. Minimizo el contagio y comprendió sobre la prevención y el control de infecciones, sustancialmente.

NECESIDAD 9: SEGURIDAD

DOMINIO: 9 afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: respuesta de afrontamiento

CODIGO: 00148

DIAGNÓSTICO: TEMOR R/C Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (hospitalización y temor a la cirugía) M/P informes de sentirse asustada y aumento de la transpiración.

DEFINICION: respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce constantemente como un peligro²⁶

²⁵ McCloskey D. J., Belechek G.M. .Et Al : *Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC)* cuarta edición, editorial Elsevier España 2005 p. p. 884-253

²⁶ T. Heather H: *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones 2009-2011(NANDA)* Editorial Elsevier España 2010 p. p. 274

NOC (Resultados esperados)

CÓDIGO:(1404)

Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarias a una fuente identificable.

INDICADOR:

(140403)Solicita información para reducir el miedo

Escala

- 1.- Nunca demostrado
- 2.- Raramente demostrado
- 3.- A veces demostrado
- 4.- Frecuentemente demostrado
- 5.- Siempre demostrado²⁷

NIC (Intervenciones de enfermería)

Código:(5270)

APOYO EMOCIONAL: proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

²⁷ Moorhead S. Johnson M. ET. Al : *Clasificaciones de resultados de enfermería (NOC)* Tercera edición editorial Elsevier España 2005 p.p. 642-163

Actividades:

- comentar la experiencia emocional con el paciente
- realizar afirmaciones enfáticas y de apoyo
- abrazar y tocar al paciente para proporcionarle apoyo
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- escuchar las expresiones de sentimiento y creencias.
- Proporcionar apoyo durante la negación , ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.²⁸

EVALUACION.- la señora V.A. V. Demostró frecuentemente ánimo en los momentos de tención y solicito información para reducir su miedo.

NECESIDAD 9: SEGURIDAD

²⁸ McCloskey D. J., Belechek G.M. .Et Al : *Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC)* cuarta edición, editorial Elsevier España 2005 p. p .900- 174

DOMINIO 9: afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: respuesta de afrontamiento

CODIGO: 00135

DIAGNÓSTICO: DUELO R/C la pérdida del feto M/P culpa, sufrimiento, tristeza y llanto

DEFINICION: complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.²⁹

NOC (Resultados esperados)

CÓDIGO: 1201

Esperanza.- optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante

INDICADOR:

(120106) Expresión de optimismo

Escala

- 1.- Nunca demostrado
- 2.- Raramente demostrado
- 3.- A veces demostrado
- 4.-Frecuentemente demostrado

²⁹ T. Heather H: *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones 2009-2011(NANDA)* Editorial Elsevier España 2010 p. 264

5.-Siempre demostrado³⁰

NIC (Intervenciones de enfermería)

CÓDIGO: 5310

Dar esperanza.-Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada

Actividades:

- Informar al paciente acerca de la situación actual constituye un estadio temporal.
- Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente.
- Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.
- Evitar disfrazar la verdad.
- Fomentar las acciones terapéuticas con sus seres queridos
- Evitar disfrazar la verdad
- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.
- Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.

³⁰ Moorhead S. Johnson M. Et. Al: *Clasificaciones de resultados de enfermería (NOC)* Tercera edición editorial Elsevier España 2005 p.p. 593-339

- Ayudar al paciente a revisar y diseñar las metas relacionadas con el objeto de esperanza³¹

EVALUACION.- la señora V.A.V. A veces demostró expresiones de optimismo por la situación en la que se encontraba.

NECESIDAD 9: SEGURIDAD

DOMINIO 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

CODIGO: 0146

DIAGNÓSTICO: ANSIEDAD R/C con su estado de salud M/P voz temblorosa y nerviosismo

DEFINICION: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimientos de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.³²

NOC (Resultados esperados)

³¹ MCcloskey D. J., Belechek G.M. .Et Al: *Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC)* cuarta edición, editorial Elsevier España 2005 p.p. 842- 333

³²T. Heather H: *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones 2009-2011(NANDA)* Editorial Elsevier España 2010 p. 251

Código: 1402

Auto control de la ansiedad: acciones personales para eliminar o reducir sentimiento de aprensión, tención o inquietud de una fuente no identificada.

INDICADOR:

(140217) Controla la respuesta de ansiedad

Escala

- 1.- Nunca demostrado
- 2.- Raramente demostrado
- 3.- A veces demostrado
- 4.- Frecuentemente demostrado
- 5.- Siempre demostrado³³

NIC (Intervenciones de enfermería)**Código: 5820**

DISMINUCION DE LA ANSIEDAD.- minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad

³³ Moorhead S. Johnson M. Et. Al : *Clasificaciones de resultados de enfermería (NOC)* Tercera edición editorial Elsevier España 2005 p.p. 559-150

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
- Tratar de comprender las perspectivas del paciente sobre su situación estresante
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Escuchar con atención
- Crear un ambiente que facilite su confianza.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Determinar la toma de decisiones del paciente.
- Observar si hay signos verbales o no verbales de ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.³⁴

EVALUACION.- La señora V.A.V demostró frecuente mente controlar la respuesta de ansiedad relacionada con la cirugía.

³⁴ McCloskey D. J., Beleck G.M. .Et Al: *Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC)* cuarta edición, editorial Elsevier España 2005 p. p. 808-34

3.1.5 PLAN DE ALTA

El plan de alta es una guía, para el cuidado integral de la persona intervenida quirúrgicamente, en donde también se apoyaran los familiares para garantizar que los cuidados integrales se lleven a cabo en su domicilio y tener una pronta recuperación de la persona intervenida.

OBJETIVO

El paciente y los familiares conocerán los cuidados necesarios para llevarlos a cabo en su propio domicilio y así fomentar el auto cuidado dentro de sus capacidades funcionales.

INDICACIONES:

RECOMENDACIONES HIGIENICAS:

Para realizar las curas de la herida quirúrgica:

- Tras la ducha diaria lave y séquese bien la herida
- Cambio de gasas y vendaje abdominal diario
- Para la retirada de puntos de la sutura de su herida quirúrgica acuda al servicio de urgencias el día indicado en su informe de alta y que Normalmente será del 7º al 10º día tras su operación.
- Puede sangrar como si tuviera su regla durante 1 semana aproximadamente.

RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN:

- Realice una dieta variada (legumbres, carne, pescado, frutas, verduras).
- Evite consumir alimentos y bebidas con gasa que produzcan gases.

- Para evitar el estreñimiento beba abundantes líquidos y consuma fruta (Naranjas, ciruelas, kiwis, uvas....) y verduras.
- Si fuera necesario, puede utilizar algún tipo de ayuda para la defecación
Como la ingesta de fibra

ACUDA A SU CENTRO DE SALUD O AL HOSPITAL MÁS CERCANO SI APARECE:

- Alteraciones en el flujo vaginal (mal olor, color anormal...).
- Secreciones y/o enrojecimiento de la herida quirúrgica.
- Fiebre alta.
- Desmayos o mareos.
- Hemorragia importante.
- Dolor intenso.

3.1.6 CONCLUSIONES.

El cuidado de enfermería siempre debe contar con la privacidad e individualidad de cada persona, su atención debe estar basada en el respeto, el trato humano y no solo de calidad sino también de calidez y buscado siempre satisfacer las necesidades de quien es nuestra razón de ser.

El desarrollo de este trabajo, permitió valorar la importancia de incluir en la práctica profesional de enfermería el proceso enfermero e identificar las necesidades de la señora V. A. V. Realizando los cuidados específicos necesario para la satisfacción de estas, utilizando el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

A si mismo se estableció el plan de cuidados incluyendo diagnósticos de enfermería reales y potenciales, llevando a la evaluación y conclusión que la señora V. A. V. Demostró frecuentemente dolor controlado, Minimizo el contagio y comprendió sobre la prevención y el control de infecciones, Demostró ánimo en los momentos de tensión y solicitó información para reducir su miedo, expreso optimismo por la situación en la que se encontraba y Controló las repuestas de ansiedad relacionada con la cirugía.

Los modelos y teorías de Enfermería son de gran importancia y es la vinculación entre la practica con la teoría de enfermería. Logrando así mayor satisfacción de la persona ante el cuidado, mayor participación de la enfermera a nivel interdisciplinario, la satisfacción de la enfermera como profesional, claridad a cerca de nuestro trabajo como ciencia y mejor relación entre enfermera, persona y familia.

3.1.7 SUGERENCIAS.

1.- **Fomentar** en las instituciones la aplicación del proceso enfermero y utilizarlo como modelo de atención.

2.- **Estimular** al personal de enfermería a asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnico y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional y verterlos en el proceso enfermero.

3.- **Instaurar** políticas de atención con planes individualizados en base a las diversas especialidades que maneja nuestra institución, para elevar la calidad de atención.


4.- **Instruir** al personal de enfermería sobre el cuidado y fomentarle a la mujer el hábito de las revisiones periódicas y así elevar la calidad de atención de la mujer tanto en edad reproductiva como en las que atraviesen por proceso de menopausia.


5.- **Motivar** al personal de enfermería para que realice procesos enfermeros, para desarrollar habilidades en el manejo del mismo.

6.- Que la enfermera entienda la importancia de dar cuidados de forma holística en los tres niveles de atención y no simplemente fijar su atención en la enfermedad.

3.1.8 BIBLIOGRAFIA

- 📖 Cunningham F.C., Gant N.F. ET. Al: **William obstetricia** 21ª edición editorial medica panamericana España 2004
- 📖 Rodríguez S. Bertha: **Proceso Enfermero**, 2da. Ed., 2002, México, Edit. Cuellar.
- 📖 T. Heather H: **Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones 2009-2011(NANDA)** Editorial Elsevier España 2010
- 📖 McCloskey D.J., Bulechek G.M. Et Al: **Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC)** 4ª ed., editorial Elsevier España 2005
- 📖 Moorhead S. Johnson M. Et. Al.: **Clasificaciones de resultados de enfermería(NOC)** 3ª ed. editorial Elsevier España 2005
- 📖 Rojas ME, Hernández VL.: **Tratamiento médico del embarazo ectópico No roto**. Ginecol Obstet Mex 2004
- 📖 Enríquez DB, Fuentes GL, Et. Al: **Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico**. Rev Cubana Obstet Ginecol 2003;
- 📖 Departamento de estadísticas del Hospital General Adolfo Prieto de Taxco Gro.(consultado el 25-02-2011)
- 📖 IYER, P.W., Et. Al: **Proceso de enfermería. Diagnósticos de enfermería**, 2a. ed., Editorial Interamericana, 1997.

 **Proceso de enfermería** 2009.(Consultado el: 20-02-2011) disponible en www...wikipedia.org/wiki/Diagnostico_enfermero.

 **El Proceso de enfermería** (consultado 20-02-2011) disponible en www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

 Anderson K.N.: **Diccionario de Medicina Océano Mosby** 4a ed., editorial grupo océano 2010

3.2 ANEXOS

3.1.1 GLOSARIO DE TERMINOS

Blastocito.- forma embrionaria de evolución a partir de la mórula en el desarrollo humano. Se trata de una masa esférica que presenta una cavidad central llena de líquido (blastocelo) y está rodeada por dos capas celulares. La externa (Trofoblasto) dará lugar posteriormente a la placenta y la interna (embrioblasto) al embrión. La implantación a la pared uterina suele presentarse en esta etapa aproximadamente al octavo día después de la fertilización

Cigoto.- huevo en desarrollo desde el momento de la fertilización hasta su implantación en el útero en forma de blastocito

Decidua.- Tejido epitelial del endometrio que tapiza el útero, especialmente es el que recubre el huevo durante la gestación y se elimina durante el puerperio, aunque se refiere también al que se elimina durante la menstruación.

Embarazo intersticial.- tipo de embarazo tubárico en el que se produce la implantación de la porción intersticial proximal de una de las trompas del Falopio.

Embarazo tubárico.- embarazo ectópico en el cual la implantación se produce en las trompas de Falopio.

Epitelio.- cubierta o revestimiento de los órganos internos y externos del cuerpo, incluidos los vasos esta constituidos por células unidas entre sí por material conjuntivo que se dispone en un número variable de capas y son de distintos tipos.

Estrógenos.- son elaborados en el ovario, corteza suprarrenal, testículo y unidad feto placentaria durante el ciclo menstrual preparan el aparato genital femenino para la fertilización, la implantación y la nutrición del huevo, ciertos preparados farmacéuticos de estrógenos se utilizan, anticonceptivos orales, como tratamiento paliativo del cáncer de mama posmenopáusicos y el cáncer de próstata, para inhibir la lactancia y para tratar la amenaza de aborto, la osteoporosis y las enfermedades ováricas.

Embrión.- por lo que respecta al ser humano, estadio del desarrollo prenatal, entre el momento de la implantación del ovulo fertilizado, hacia las dos semanas después de la concepción, hasta el final de las semanas séptima u octava.

Feto.- descendiente no nacido de un animal vivíparo una vez que ha adoptado una forma particular de la especie. Más específicamente, el ser humano en el útero después del periodo embrionario y cuando ya se ha iniciado el desarrollo de las principales características estructurales, habitualmente desde la octava semana después de la fertilización hasta el parto

Gonadotropinas corionica humana.- (GCH).- sustancia hormonal que estimula la función de los testículos y los ovarios. La hormona gonadotropina estimulante del folículo (fsh) y la leuteinizante (lh) son producidas y secretadas por la hipófisis anterior. Al comienzo del embarazo la placenta produce también Gonadotropina corionica (HCG) que actúa para mantener la función del cuerpo lúteo del ovario evitando la menstruación manteniendo así la gestación. Las gonadotropinas se prescriben para inducir la ovulación en casos de infertilidad de vida a la estimulación inadecuada del ovario por las hormonas gonadotropicas endógenas. La estimulación excesiva del ovario puede producir un gran aumento de tamaño de la glándula, duración de numerosos folículos, embarazos múltiples, hemorragia intraabdominal y dolor.

Intersticial.- Relativo o perteneciente al espacio entre tejidos, por ejemplo el liquido intersticial.

Laparoscopia.- examen visual de la cavidad abdominal mediante un laparoscopio introducido por una pequeña incisión en la pared abdominal. También se utiliza para explorar los ovarios y las trompas de Falopio y para la esterilización ginecológica mediante fulguración de los oviductos denominada también abdominoscopia.

Laparotomía.- incisión quirúrgica de la pared abdominal realizada bajo anestesia regional o general con fines exploratorios antes de realizar el procedimiento es necesario hacer un hemograma completo pruebas cruzadas sanguíneas y análisis de orina la piel debe afeitarse desde la línea mamilar hasta el pubis.

Litopedion.- Feto que a muerto en el interior del útero y se ha calcificado u osificado denominado también feto calcificado; osteoembrion; osteopedio

Oviducto.- trompas del Falopio

Prostaglandinas.- uno de los ácidos grasos, componente acción hormonal, que, un en cantidades mínimas actúan localmente sobre los órganos diana. Se producen cantidades muy pequeñas y tiene gran variedad de efectos importantes. Algunos de los usos farmacológicos de las prostaglandinas son la interrupción del embarazo y el tratamiento del asma y la hiperacidez gástrica.

Salpingectomia.- extirpación quirúrgica de una o dos trompas de Falopio, con objetivo de eliminar un quiste o un tumor, escindir un absceso o realizar esterilización. A menudo se acompaña de histerectomía y ovariectomía

Salpingitis.- inflamación o infección de la trompa del Falopio, también pélvica, enfermedad inflamatoria.

Salpingostomia.- Realización de una abertura artificial en una trompa de Falopio, con objetivo de restablecer la permeabilidad de la trompa fibrosa da por infección o inflamación crónica o para drenar un absceso o una colección líquida.

Trofoblasto.- capa de tejido constitutiva de la pared del blastocito de la placenta de los mamíferos en el comienzo del desarrollo embrionario sirve para la implantación del blastocito en la pared uterina y para aportar nutrientes nutritivos al embrión.³⁵

³⁵ Anderson K.N :*Diccionario de medicina océano Mosby* 4ª ed., Editorial grupo océano 2010

3.2. EMBARAZO ECTOPICO.

3.2.1 CONCEPTO.-

Es la implantación del ovulo fertilizado en una localización distinta al revestimiento endometrial de la cavidad uterina.

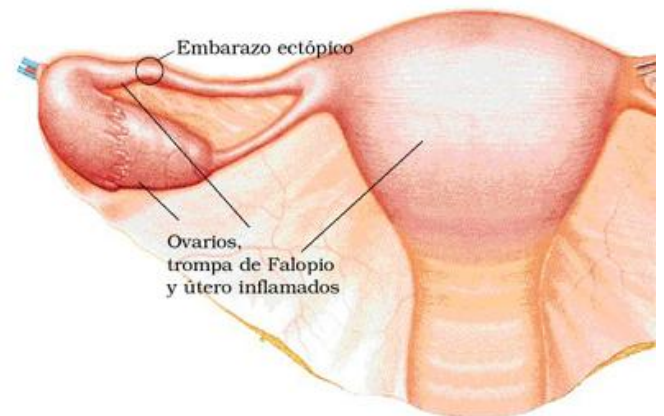
3.3.2 EPIDEMIOLOGIA.-

Su incidencia se estima en 1.6 a 2 embarazos ectópicos por cada 100 nacimientos, con índices de mortalidad materna del 9 % en la modalidad intersticial. En México, en 1997, Gaviño reportó una tasa de 6.1 embarazos ectópicos por cada 1 000 nacidos vivos.³⁶

La mayoría de las implantaciones extrauterinas (95 a 99%) se localizan en la trompa de Falopio e involucran los diferentes segmentos de la misma con una frecuencia variable. El 55 a 60 % ocurren en el ampulla, siendo ésta el sitio más común. La implantación en el istmo constituye el 25 % de los casos, la fimbria se ve involucrada en el 15 % y el segmento intersticial entre el 2 y 3 %. La implantación en ovario y cerviz representa solamente 1 a 2 % de todos los embarazos ectópicos mientras que 1.4 % corresponden a

implantaciones abdominales, en donde la implantación del trofoblasto se produce en el peritoneo. Este es considerado el segundo más raro de los embarazos ectópicos después del cornual. La implantación abdominal es un reto debido a la poca incidencia y experiencia en su manejo

Aunque los informes de la frecuencia en México varía de uno por 5,500 hasta uno por 25,000 partos, la incidencia más probable Parece oscilar en alrededor de uno por cada 8,000 nacidos vivos, cifra cercana a la notificada por diversos estudios publicados en la literatura.



Después de un embarazo ectópico se incrementa a un nivel de 7 a 13 veces el riesgo de embarazo ectópico subsecuente. La posibilidad de que un embarazo subsecuente sea intrauterino es de 50 a 80 % y la de posibilidad de que un embarazo subsecuente sea intrauterino es de 50 a 80 % y la de embarazo tubario es de 10 a 25

³⁶ Rojas ME, Hernández VL, ET.AL.:. *Tratamiento médico del embarazo ectópico no roto*. Ginecol Obstet Mex 2004

%; las pacientes restantes quedan estériles generalmente.³⁷

3.2.3 ANATOMIA.-

El huevo fertilizado se puede desarrollar en cualquier porción del oviducto y dar lugar a embarazos tubaricos ampulares, ístmicos e intersticiales. En ocasiones poco frecuentes el huevo fertilizado puede implantarse en la extremidad fimbriada La ampolla es el sitio más frecuente y el istmo el segundo en frecuencia el embarazo intersticial representa el 3% de todas las gestaciones tubaricas. De estos tipos primarios ciertas formas secundarias de embarazos tubo abdominales, tubo ováricas y en los ligamentos anchos pueden desarrollarse ocasionalmente

IMPLANTACION DEL CIGOTO.-El huevo fertilizado penetra rápidamente a través del epitelio y el cigoto llega a situarse en la pared muscular debido a que la trompa carece de submucosa la periferia del cigoto es una capsula de rápida proliferación trofoblastica la cual invade y erosiona la capa muscular subyacente. Al mismo tiempo, los vasos sanguíneos maternos se abren y la sangre se vierte dentro de los

espacios situados dentro del trofoblasto o entre este y el tejido adyacente.

Aunque las células deciduas les habitualmente pueden reconocerse la trompa normalmente no produce una decidua externa. La pared tubarica en contacto con el cigoto ofrece solo una resistencia leve a la invasión por el trofoblasto el cual se introduce con rapidez a través de esta, abriendo vasos maternos. El embrión o el feto en un embarazo ectópico a menudo está ausente o es de menor tamaño.

CAMBIOS UTERINOS.- El útero sufre uno de los cambios asociados con un embarazo temprano normal, incluyendo reblandecimiento del cuello uterino y el istmo y aumentando de tamaño. A pesar de esto el 1.125 con un embarazo ectópico demostrado, 75% tenía un útero de tamaño normal. De esta manera la ausencia de cambios uterinos no excluye un embarazo ectópico.

El grado en el cual el endometrio se convierte en decidua es variable. El hallazgo de la decidua uterina sin trofoblasto sugiere un embarazo ectópico pero no es definitivo.

El sangrado externo rara vez suele verse en casos de embarazos tubaricos y se

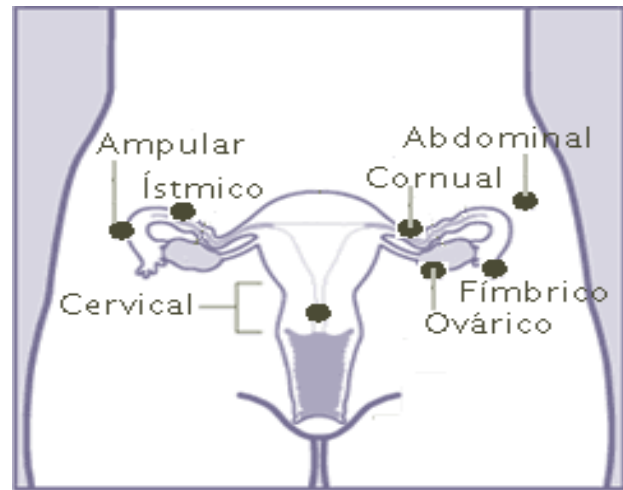
³⁷ Enríquez DB, Fuentes GL, E.T A.L: *Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo*

origina en el útero debido a la degeneración y el desprendimiento de la decidua uterina. Inmediatamente después de la muerte embrionaria, la decidua se degenera y se descama en fragmentos pequeños.³⁸

3.2.4 FISIOPATOLOGIA.-

El ovario libera un óvulo que es succionado por una de las trompas de Falopio, donde es impulsado por diminutos cilios similares a pelos hasta que, varios días después, llega al útero. Normalmente, la fecundación del óvulo se efectúa en la trompa de Falopio, pero la implantación tiene lugar en el útero. Sin embargo, si la trompa se obstruye (por ejemplo, debido a una infección previa), o si hay daño en la motilidad tubárica, el óvulo puede desplazarse lentamente o incluso quedar atascado. El óvulo fecundado quizá nunca llegue al útero y, en consecuencia, se produce un embarazo ectópico.

En un típico de un embarazo ectópico, el embrión no llega al útero, pero en cambio se adhiere a la mucosa de la trompa de Falopio. El embrión implantado se encaja activamente en el



Revestimiento de trompas. Más comúnmente invade vasos sanguíneos y causa sangrado. Este sangrado intratubal suele expulsar a la implantación fuera de las trompas en la forma de un aborto espontáneo. Algunas mujeres tienden a pensar que están teniendo un aborto involuntario cuando realmente tienen un aborto tubárico. No suele haber inflamación de la trompa en un embarazo ectópico. El dolor es causado por las prostaglandinas liberadas en el sitio de implantación, y por la sangre en la cavidad peritoneal, por ser un irritante local. A veces, el sangrado puede ser suficientemente fuerte para amenazar a la salud o incluso la vida de la mujer. Por lo general, este grado de hemorragia es debido a la demora en el diagnóstico, pero a veces, especialmente si la implantación es en la porción proximal de la trompa, es

³⁸Cunningham F.G. ET.AL: *William obstetricia* 21ª edición editorial medica P.p. 760-761

decir, justo antes de que entre en el útero, puede invadir la arteria vecina, provocando sangrado antes de lo habitual.³⁹

EVOLUCION NATURAL DEL EMBARAZO TUBARICO

La frecuencia de aborto tubaricos depende en parte del sitio de la implantación. El aborto tubaricos, es común en el embarazo tubaricos ampular mientras que la ruptura es el desenlace habitual del embarazo ístmico.

La consecuencia inmediata de la hemorragia tubárica es la disrupción que se produce mas allá de la conexión inmediata de la hemorragia tobarías la separación presentaría es completa todos los productos de la concepción puede Ser extruido a través de la cavidad peritoneal. En ese momento la hemorragia puede cesar y los síntomas desaparecer

RUPTURA TUBARICA:

Los productos expansivos e invasores de la concepción pueden romper la trompa en algunos de varios sitios la ruptura habitualmente es espontanea, pero puede

ser causada por trauma asociado con el coito o por una exploración Bimanual. Cuando se produce la ruptura interperitoneal, el producto de la concepción puede ser excluido completamente desde la trompa, o si el desgarro es pequeño puede ocurrir una hemorragia profunda sin extracción

En cualquier evento la mujer suele mostrar signos de hipovolemia. Si el producto de la concepción es pequeño puede ser reabsorbido, o si es grande puede permanecer en el fondo del saco por años como una masa encapsulada o incluso clasificarse para formar un litopedion

EMBARAZO ABDOMINAL

Si el feto solo es extruido en el momento de la ruptura, el efecto en el embarazo varía con dependencia de la extensión del daño sufrido por la placenta. El feto muere si la placenta sufre un daño apreciable, pero si la porción mayor de la placenta mantiene

Su adherencia tubárica, es posible un desarrollo posterior. El feto puede sobrevivir entonces por algún tiempo y da lugar a un embarazo abdominal, habitualmente en casos similares, un porción de la placenta permanece unida a

³⁹Consultado el 02-03-2011(disponible en)
es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_ectópico

la pared tubárica periférica Crece más allá de la trompa y se implanta en estructuras circundante

EMBARAZO DEL LIGAMENTO ANCHO

Cuando la implantación original del cigoto es hacia el mesosalpinx, la ruptura puede producirse en la porción de la trompa que no está inmediatamente cubierta por el peritoneo, y el contenido gestacional puede ser extruido dentro de espacio formado entre los pliegues del ligamento ancho. Esto se designa embarazo intraligamentario o del ligamento ancho

EMBARAZO INTERSTICIAL

La implantación dentro del segmento tubárico que penetra en la pared uterina se denomina embarazo intersticial o del cuerpo. Hay una asimetría variable del útero que a menudo es difícil de distinguir en un embarazo uterino. En este momento el diagnóstico temprano se pasa por alto con más frecuencia que en otros tipos de implantación tubarica. Debido a la mayor distensibilidad del miometrio que cubre la trompa, la ruptura ocurre después,

habitualmente a las 8 y las 16 semanas de gestación

La hemorragia puede ser rápidamente fatal debido a que el sitio de la implantación está localizado entre el ovario y las arterias uterinas. De hecho los embarazos tubarica en los cuales las mujeres mueren antes de que puedan llegar al hospital. Debido a la gran solución de continuidad uterina, la histerectomía habitualmente es necesaria.

EMBARAZO TUBOUTERINO

Un embarazo tubo uterino es el resultado de una extensión gradual dentro de la cavidad uterina de productos de la concepción que originalmente estaban implantados en la porción intersticial de la trompa.

Un embarazo tubo abdominal debida de un embarazo tubárico en el cual es cigoto, originalmente implantado cerca de la extremidad fimbria de la trompa, se extiende gradualmente dentro de la cavidad peritoneal. En esas circunstancias, la porción del saco fetal proyectado dentro de la cavidad peritoneal puede formar adherencias completas en los órganos circundantes. Estas dos situaciones son muy infrecuentes.

Un embarazo tubo ovárico se produce cuando el saco fetal se adhiere en parte a la trompa y en parte al tejido ovárico. Estos casos surgen de un cigoto en desarrollo en un quiste tubo ovárico o en la trompa, la extremidad fimbriada a la cual estaba adherida al ovario o inmediatamente después de una fertilización. Rara vez el feto y la placenta pueden alcanzar un tamaño apreciable antes de su ruptura.⁴⁰



3.2.5 ETIOLOGIA.-

La tercera parte o hasta la mitad de los embarazos ectópicos, no se identifican factores de riesgo predisponentes.⁴¹ En teoría, cualquier cosa que dificulte la migración del embrión hacia la cavidad

⁴⁰ Cunningham F.G. ET.AL: *William obstetricia* 21ª edición editorial medica P.p.761, 762

⁴¹ ⁴¹Consultado el 02-03-2011(disponible en) .
es.wikipedia.org/wiki/Embarazo ectópico

endometrial podría predisponer a las mujeres a la gestación ectópica.

En la etiología se han involucrado muchos factores que se pueden agrupar en dos grandes grupos:

Factores mecánicos.-

Son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina, entre ellos están:

a). Las mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) tienen una alta incidencia de embarazos ectópicos, La causa más frecuente es el antecedente de infección causada por *Chlamydia trachomatis*. Los pacientes con infección por clamidias tienen una gama de presentaciones clínicas, desde un cervicitis asintomática hasta una salpingitis florida causando daños a los cilios. Otros organismos causantes de EPI, como la *Neisseria gonorrhoeae*, aumentan el riesgo de embarazo ectópico. Una historia de salpingitis aumenta el riesgo de embarazo ectópico unas 4 veces.

b) *Ligadura de trompas* La cirugía tubárica, como la ligadura de trompas, puede predisponer a un embarazo ectópico Setenta por ciento de los embarazos después de un cauterio tubaricos son ectópicos, mientras que el 70% de los

embarazos después de pinzar las trompas resulta intrauterino. Las mujeres que se han sometido a una cirugía de recanalización tubárica con el fin de volver a quedar embarazadas también tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico. Este riesgo es mayor si se emplearon métodos más destructivos para la ligadura de trompas, como el cauterio de trompas o la eliminación parcial de los tubos. La explicación parece estar fundamentada en la formación de fístulas que permiten el paso de espermatozoides de Falopio, causando daños a los cilios. Sin embargo, si los dos tubos se ven ocluidos por la EPI, el embarazo no se produce, y esto sería de protección contra un embarazo ectópico.⁴²

b). Adherencias peritubarias: son secundarias a infecciones posparto o posaborto, apendicitis o endometriosis; causan retorcimiento de la trompa y estrechamiento de la luz.

C. Anormalidades del desarrollo de las trompas, especialmente divertículos; orificios accesorios e hipoplásias.

d). Embarazo ectópico previo. La posibilidad de que ocurra otro embarazo es del 7 al 15 % según diferentes autores.

e). Operaciones previas de las trompas: sobre todo cirugía para restablecer la permeabilidad.

f). Los abortos múltiples inducidos: esto aumenta el riesgo al aumentar la salpingitis.

g). Tumores que deforman la trompa: como son los miomas uterinos y los tumores anexos.

h). Cesárea previa ha sido mencionada por algunos autores, para otros no pareció haber un riesgo aumentado. Sin embargo en la cistectomía del ovario si se ve incrementado el riesgo por la retracción cicatrizar peritubaria.

Factores funcionales.-

a). Migración externa del huevo.- puede ocurrir en caso de desarrollo anormal de los conductos de Müller, que da como resultado un hemiútero con un cuerno uterino rudimentario no comunicante.

b). Alteraciones de la movilidad Tubaria.- consecuente con cambios séricos en los niveles de estrógenos y progesterona. Alteraciones de la actividad mioeléctrica encargada de la actividad propulsora de la trompa de Falopio.

C. El hábito de fumar.- aumenta el riesgo relativo de 2.5 en comparación con las no fumadoras porque el tabaquismo produce alteraciones de la motilidad tubaria, de la

⁴² Cunningham F.G ET.AL: *William obstetricia* 21ª edición editorial medica Pp. 758

actividad ciliar y de la implantación del blastocito, se relaciona con la ingestión de nicotina.

e). Empleo de anticonceptivos.- los dispositivos

Intrauterinos (DIU) impiden la implantación con mayor eficacia en el útero que en la trompa. El uso de altas dosis de estrógenos solos posovulatorios para evitar el embarazo "Píldora del día siguiente".

f) Reproducción asistida.- Aumenta la incidencia del embarazo ectópico. Aumento de embarazo tubario después de la inducción de la ovulación, de la transferencia de gametos y de la fertilización *in vitro*. El primer embarazo logrado por la fertilización *in vitro* fue un ectópico tubario.

g).-antecedentes ectópicos.- Una historia de embarazo ectópico aumenta el riesgo de futuros casos de aproximadamente el 7-10%.¹¹ Este riesgo no se reduce por la eliminación de los tubos afectados, aunque el otro tubo parece normal. En general, una paciente con previo embarazo ectópico tiene una probabilidad entre 50-80% de tener un subsecuente embarazo intrauterino, y un 10-25% de probabilidad de un futuro embarazo tubárico.⁴³

43.-Enríquez DB, Fuentes GL, ET.AL.: *Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico*.

Otros factores de riesgo

Las mujeres expuestas a dietilestilbestrol (DES) en el útero tienen también un elevado riesgo de embarazo ectópico, hasta 3 veces el riesgo de las mujeres no expuestas. Ocasionalmente se observa que existe un cuerpo amarillo en el lado contra lateral del sitio de implantación, haciendo suponer que son casos de migración demasiado largas para alcanzar el útero.

El mantenimiento de las relaciones sexuales con diferentes hombres incrementa ligeramente el riesgo de embarazo ectópico, También el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años eleva discretamente el riesgo, probablemente condicionados en parte por la enfermedad pélvica inflamatoria.⁴⁴

3.2.6 ESTUDIOS DE GABINETE

CARACTERISTICAS CLINICAS Y DE LABORATORIO DE UN EMBARAZO TUBARICO

⁴⁴ González-Merlo, Jesús (consultado el 03-03 2011)- disponible en es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_ectópico.

Las manifestaciones clínicas de un embarazo tubárico son diversas y dependen de si ha ocurrido o no ruptura, la presentación más temprana y una tecnología diagnóstica más precisa ha hecho posible efectuar la identificación antes de que se produzca la ruptura en la mayoría de los casos. Habitualmente la mujer no sabe que está embarazada o piensa que tiene un embarazo normal.

En lo que habitualmente se considera casos clásicos, la menstruación normal es remplazada por un retraso leve variable del sangrado vaginal o un manchado, repentinamente, la mujer se presenta con dolor abdominal bajo importante, que con frecuencia describe como punzante, en puñada o con carácter de desgarrante, se desarrollan trastornos vasomotores, que varían desde el vértigo hasta el síncope. Hay sensibilidad a la palpación abdominal y al examen vaginal, especialmente la movilización cervical, produce un dolor exquisito. El fórnix vaginal posterior puede abombarse debido a la presencia de sangre en el fondo de saco de Douglas o puede palparse una masa blanda, empastada, en un lado del útero. Los síntomas de irritación diafragmática, caracterizada por el dolor en el cuello o en el hombro, especialmente durante la inspección, se desarrollan en alrededor de

un 50% de las mujeres hemorragia interperitoneal de magnitud.

El diagnóstico en estos casos con ruptura no presenta dificultad. Aunque los signos y síntomas de embarazo ectópico frecuentemente varían desde indefinidos a francamente manifiestos, la mayoría de las mujeres consulta antes de que se desarrolle el clásico cuadro clínico⁴⁵

3.2.7 PRUEBAS DE LABORATORIO

La medición de la hemoglobina, el hematocrito y el recuento de glóbulos blancos, así como los niveles séricos de gonadotropinas coriónicas y progesterona son útiles en ciertos casos si se comprenden sus limitaciones

HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y RECuento LEUCOCITARIO

Después de una hemorragia el volumen sanguíneo deplecionado se restablece a su valor normal por hemodilución por curso de un día o

⁴⁵ Cunningham F.G ET.AL: *William obstetricia* 21ª edición editorial medica Pp. 764

Mas por consiguiente, incluso después de una hemorragia importante, los valores de hemoglobina o hematocrito puede mostrar al principio solo una reducción leve. En las primeras horas después de una hemorragia aguda, un descenso de la hemoglobina o del nivel del hematocrito mientras la mujer está bajo observación, Es un índice de perdida sanguíneo de mayor valor que la lectura inicial.

El grado de leucocitos varia considerablemente en el embarazo ectópico roto. En alrededor de las mujeres es normal, pero en el resto puede documentarse varios grados de leucocitosis por encima de 30.000/uL

PRUEBAS DE GONADOTROFINA CORIONOCA

Un embarazo ectópico no puede identificarse solo con una prueba de embarazo positiva . El objetivo principal, sin embargo es saber si la mujer está embarazada, en virtualmente todos los casos de gestación ectópica la gonadotropinas corionica humana (Hcg) puede detectarse en el suero, pero por lo general en concentraciones notoriamente reducidas en comparación con embarazo normal.

Progesterona sérica

El nivel de progesterona sérica refleja la producción de progesterona en el cuerpo amarillo estimulado por un embarazo viable.

Durante las primeras 8-10 semanas de gestación la producción de progesterona muestra pocos cambios, cuando fracasa el embarazo el nivel desciende.

La dosificación de progesterona excluye este padecimiento con una sensibilidad del 97.5% cuando las concentraciones son mayores de 25ng/ml (mayor de 79.5 nmol/l).

Un solo valor de progesterona menor de 5 ng/ml , en el 100% de los casos nos indica un aborto intrauterino o la presencia de un embarazo ectópico.⁴⁶

ENSAYOS SERICOS DE B-hCG

El radioinmuno ensayo es el método más preciso y virtualmente puede detectarse cualquier embarazo. De hecho, debido a la sensibilidad de esta prueba, un embarazo puede confirmarse antes de que haya cambios macroscópicamente visibles en las trompas del Falopio

46 www.monografias.com/trabajos34/embarazo-ectopico/embarazo-ectopico.shtm

La ausencia de embarazo puede establecerse solo cuando hay una prueba negativa para gonadotrofina sérica que tiene una sensibilidad de 5 a 10 mUI /MI. Debido a que un solo ensayo positivo no incluye un embarazo ectópico, se han desarrollado diferentes métodos que usan valores séricos seriados cuantitativos para establecer el diagnóstico. Estos pueden usarse solo, pero con más frecuencia se emplean en conjunto con ecografías

ECOGRAFIA ABDOMINAL

La identificación de productos del embarazo en la trompa de Falopio es dificultoso con la ecografía abdominal. Si el saco gestacional se identifica claramente dentro de la cavidad uterina, es improbable que coexista un embarazo ectópico. Por una parte, en ausencia ecográfica de un embarazo uterino, una prueba positiva de embarazo, líquido en el fondo del saco de Douglas y una masa pelviana anormal, es casi probable la presencia de un embarazo ectópico. La apariencia ecográfica de un saco pequeño (embarazo verdaderamente temprano) o de un saco colapsado (feto muerto) en realidad puede ser un coágulo de sangre o un fragmento de decidua



3.2.8 SIGNOS Y SINTOMAS.-

La clásica tríada clínica de embarazo ectópico es el

- Dolor
- Amenorrea
- Sangrado vaginal

Los síntomas se pueden presentar desde las primeras semanas de embarazo. Normalmente el dolor suele ser abdominal, lo cual puede parecer un común dolor de estómago o cólicos. La diferencia es que el dolor es muy fuerte y se localiza en la parte baja del abdomen. También es posible sentir dolor al orinar o al hacer un movimiento brusco. Lamentablemente, sólo el 50% de los pacientes presentan con signos clásicos. Las pacientes pueden presentar otros síntomas comunes a los embarazos precoces, incluyendo náuseas,

plenitud, fatiga, dolor abdominal bajo, cólicos fuertes, dolor en el hombro, y reciente dispareunia

La exploración física suele revelar dolor a la palpación de los anexos en la mitad de los casos puede palparse una masa anexar. Por lo general el sangrado es lento y crónico y el abdomen se hace cada vez más rígido y sensible. Cuando la hemorragia hacia la cavidad abdominal es profusa, la exploración pélvica resulta muy dolorosa y a veces se palpa una masa debida a la sangre acumulada en el fondo del soco de Douglas.



DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO ECTOPICO

Durante la década pasada, a medida que han evolucionado las técnicas modernas para la identificación de un embarazo ectópico, la mayoría- alrededor del 80%- se diagnosticaron antes de la ruptura. En forma coincidente, la tasa de mortalidad ha disminuido apreciablemente.

Se han descrito propuesto varios algoritmos diagnósticos y se describen a continuación:

DIAGNOSTICO QUIRURGICO

LEGRADO. La diferenciación entre una amenaza de aborto o un aborto incompleto y un embarazo tubárico pueden lograrse en muchos casos con un legrado en el consultorio. Stovall y Col (19992) recomiendan el legrado en casos sospechosos de aborto incompleto o de embarazo ectópico cuando la progesterona sérica es menor a 5 ng/mL los niveles de B-Hcg están elevándose anormalmente (menos de 2 000Mui/ m L) y un embarazo uterino no se visualiza con ecografía vaginal. Si se identifica un embrión, feto o placenta, el diagnostico es evidente. Cuando ninguno de esta se identifica, es embarazo tubárico es una posibilidad y se realiza en seguimiento posterior usando los niveles séricos de B-Hcg y la ecografía.

LAPAROSCOPIA

Las ventajas del diagnóstico laparoscópico incluyen:

- ❖ Un diagnóstico definitivo en muchos casos.
- ❖ Un camino alternativo para eliminar la masa ectópica mediante laparoscopia operatoria.
- ❖ Un camino directo para inyectar agentes quimioterapéuticos dentro de la masa ectópica

La visualización de la pelvis puede ser imposible si hay inflamación pelviana o sangrado activo. A veces, la visualización de un embarazo tubárico temprano sin ruptura puede ser difícil, incluso si la trompa se visualiza completamente.

3.2.9 TRATAMIENTO.-

Una mini laparotomía y una laparoscopia son los tratamientos quirúrgicos más comunes en los casos de embarazo ectópico en que no se haya presentado ruptura. Si el médico no cree que se vaya a presentar ruptura, a la persona se le puede administrar un medicamento.

El tratamiento médico de un embarazo ectópico es preferido sobre las opciones quirúrgicas por una serie de razones, incluida la eliminación de la morbilidad de la cirugía y la anestesia general, potencialmente menos daño tubario, y menos costo y necesidad de hospitalización.

Metrotexate

El metrotexate es un agente quimioterapéutico antimetabolito que se une a la enzima dihidrofolato reductasa, la cual participa en la síntesis de nucleótidos purinas. Esto interfiere con la síntesis del ADN y perturba la multiplicación de células. Su eficacia en el tejido trofoblástico ha sido bien establecida y se deriva de la experiencia adquirida en el uso de metrotexate en el tratamiento de molas hidatidiformes y cori carcinomas. El metrotexate se usa en el tratamiento de un embarazo ectópico en una o múltiples Inyecciones intramusculares.⁴⁷

En el pasado la salpingectomía habitualmente se realizaba para extraer un oviducto dañado y sangrante, A lo largo de dos décadas pasadas, los avances técnicos con un diagnóstico temprano y

⁴⁷ Elizabeth Stepp, Gilbert; Judith S. Harmon (2003) *Manual de embarazo y parto de alto riesgo* (3ra edición). España.

tratamiento de una mujer de alto riesgo han permitido un manejo definitivo de un embarazo ectópico no roto incluso antes de que aparezcan los síntomas clínicos. Cabe destacar que el diagnóstico temprano, aun cuando constituye a una incidencia elevada, ha hecho en muchos casos de embarazo ectópico que sean posibles de tratamiento médico.

Dosis variable:

Metrotexate, 1 mg/Kg im., días alternos (días 2, 4, 6 y 8)

Leucovorina cálcica, 0.1 mg/Kg im. Días alternos (días 2, 4, 6 y 8)

Continuar hasta que la B-HCG disminuya a mayor o igual al 15% en 48 horas, o se administren 4 dosis de metrotexate. Debe vigilarse con B-HCG cada semana hasta que no sea detectable. Biometría hemática inicial, plaquetas y enzimas hepáticas.

Dosis única:

Metrotexate, 50mg/m im.

Repetir la dosis si: B-HCG del día 7mo sea mayor o igual a la cifra del día 4to.

Vigilancia: B HCG los días 4to y 7mo luego de cada semana hasta que no sea detectable.

Biometría hepática inicial: plaquetas y enzimas hepáticas.

Los efectos colaterales del metrotexate (supresión de la médula ósea, toxicidad hepática aguda y crónica, estomatitis, fibrosis pulmonar, alopecia y foto sensibilidad) son poco frecuentes en los programas cortos que se instituyen en el embarazo ectópico y pueden atenuarse con la administración de Leucovorina (factor citrovorum o ácido fólico)

MANEJO QUIRURGICO

Se observan embarazos ulteriores y tasas bajas de embarazo ectópico recurrente en mujeres en quienes la cirugía se realiza previo a la ruptura. La laparoscopia se prefiere sobre la laparotomía a menos que la mujer esté inestable. Aun cuando el desenlace reproductivo- incluido tasas de embarazo uterino y ectópicos recurrentes- es similar, la laparoscopia tiene una relación costobeneficio menor.⁴⁸

SALPINGOSTOMIA

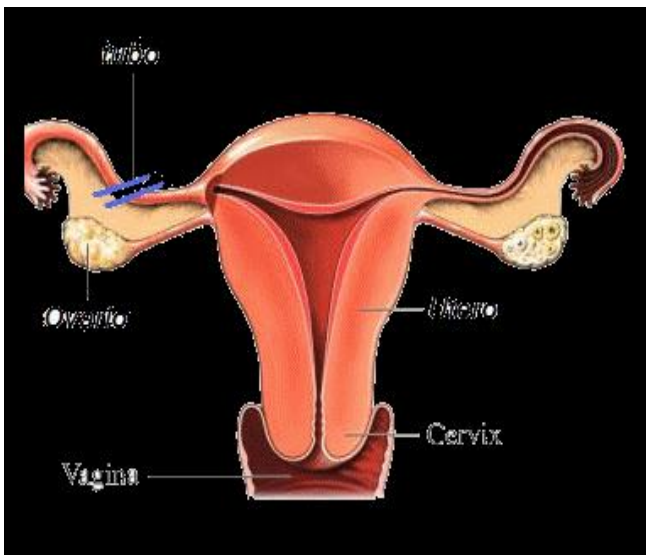
Este procedimiento se usa para extraer un pequeño embarazo que habitualmente

⁴⁸ Cunningham F.G, ET.AL: *William obstetricia* 21ª edición editorial medica Pp.763, 764

es menor de 2cm de longitud y se localiza en el tercio distal de la trompa de Falopio se realiza una incisión lineal, de 10 a 15mm de longitud o menos, en el borde antimensenterico inmediatamente por encima del embarazo ectópico

. Los productos habitualmente habitualmente se extruyen desde la incisión y pueden eliminarse con cuidado o evacuarse hacia fuera. Los sitios pequeños de sangrado se controlan con laser o una punta de aguja de electrocauterio y la incisión no se sutura a la izquierda para repararla en un segundo intento .

SALPINGOTOMIA



El procedimiento es el mismo que la salpingostomia excepto que la incisión se cierra con una sutura de vicryl 7-0 similar. De acuerdo con Tulandi y Saleh, no hay

diferencia en el pronóstico con sutura o sin esta.

SALPINGECTOMIA

La resección tubarica puede realizarse por medio de un laparoscopio operatorio y puede usarse tanto en embarazos ectópicos rotos como no rotos. Se lleva a cabo si la trompa de Falopio esta muy enferma o dañada (Tay y col). Cuando se elimina el oviducto, es aconsejable cortar en cuña no mas que el tercio externo de la porción intersticial de la trompa esta llamada resección cornual se realiza en un esfuerzo para minimizar la recurrencia infrecuente de embarazo en el muñón tubárico incluso con resección cornual, no puede prevenirse un embarazo intersticial. En algunas mujeres con un embarazo intersticial, es necesaria la histerectomía para detener la hemorragia que pone en peligro la vida. A la inversa, Moon y Col describieron 24 mujeres con un embarazo intersticial quienes fueron tratadas exitosamente con cirugía endoscópica. En 15 de estas se uso la técnica del endoloop⁴⁹

⁴⁹ Cunningham F.G, ET.AL : *William obstetricia* 21ª edición editorial medica Pp. 767

3.2.10 COMPLICACIONES

La complicación más común es la ruptura con sangrado interno que lleva a que se presente *shock*, pero rara vez se presenta la muerte por esta causa. En el 10 a 15% de las mujeres que han experimentado un embarazo ectópico se presenta infertilidad.

Puede dividirse

En dos grupos:

- Con estabilidad hemodinámica
- Con signos de descomposición hemodinámica o *shock*

En ambos los síntomas del embarazo ectópico no complicado estarán presentes.

Con estabilidad hemodinámica:

- a). El dolor será más intenso y puede irradiarse a otros sitios, a todo el abdomen o al hombro (signo de Laffón).
 - b). La hemorragia, generalmente, no variará.
 - c). la palpación de la tumoración anexial es muy dolorosa.
 - d). Al examen, el fondo del saco de Douglas puede estar abombado o ser muy doloroso.
-

e). Cuando se sospeche la rotura, no debe diferirse su confirmación por punción del fondo del saco de Douglas o del abdomen. La punción también puede realizarse en pacientes sin evidencias de complicación para poder asegurar que no existe un hemoperitoneo pequeño o de Poco tiempo de evolución.

f). En dependencia del tiempo de evolución del Hemoperitoneo, se encontrarán signos de irritación peritoneal e intestinal por la sangre libre.

g). Ante la sospecha o el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico, en una paciente estable, debe realizarse una laparoscopia confirmativa que puede ser seguida de cirugía laparoscópica o de una laparotomía para la operación convencional.

Con signos de descompensación:

- a). Estarán presentes los signos de *shock*: sudoración, Palidez, taquicardia, frialdad e hipotensión.
- b). La punción del fondo del saco de Douglas o del abdomen hace el diagnóstico de la complicación, al extraer sangre que no coagula y con pequeños coágulos oscuros. La reposición de volumen se hará de inmediato; La solución es quirúrgica, por la laparotomía inmediata.

Posibles evoluciones de un embarazo tubárico:

- Muerte y reabsorción sin formarse un Hematosalpinx
- Hematosalpinx, muerte, reabsorción.
- Aborto tubárico
- Hematosalpinx y rotura.⁵⁰

⁵⁰ Cruz V, Avendaño A, Morales M, et al. *Manejo laparoscópico del embarazo ectópico abdominal*. ABC 2004 p 191-194.