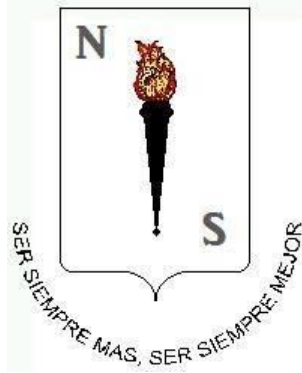


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO  
EN LA PERSPECTIVA DE FLORENCE NIGHTINGALE

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
MARIANA PEÑA RENTERÍA

ASESORA DE TESIS:  
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



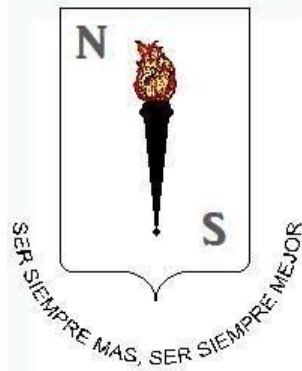
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CON CLAVE 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO  
EN LA PERSPECTIVA DE FLORENCE NIGHTINGALE

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
MARIANA PEÑA RENTERÍA

ASESORA DE TESIS:  
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2019

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer principalmente a la Señorita Martha Alcaraz Ortega, quien es un gran pilar en la institución, pues es un gran ejemplo a seguir en esta gran profesión, pues nos mostró cómo es que la vocación de enfermería estaba en cada una de nosotras y nos guio en nuestro desarrollo y vio como cada una crecía en el ámbito enfermeril.

Agradezco nuevamente a mi madre y hermanos quienes desde el hogar me han enseñado que con esfuerzo las cosas se pueden lograr, gracias a mi madre por inculcarme tantos valores y brindarme la educación que hasta ahora tengo.

Agradecer a cada uno de mis docentes los cuales fueron un gran impulso en el transcurso de la profesión y que me llenaron de nuevos conocimientos los cuales se quedan grabados en cada momento, por cada una de sus experiencias que nos ayudó a mejorar, sus correcciones las cuales fueron de gran ayuda para que nos pasase lo mismo.

Agradezco a mi asesor de tesis el profesor Florentino Medina Arreola, quien, a pesar de las actitudes negativas de algunas de nosotras, nos ha sabido guiar con paciencia y sabiduría en la elaboración de esta tesis.

Agradezco a mi escuela que me vio crecer en cada uno de los aspectos de esta profesión dándome nuevas experiencias, las cuales siempre recordare.

## DEDICATORIA

Hoy que dios me ha dado la fuerza para terminar esta hermosa carrera, quiero dar las gracias a mi madre y a toda mi familia los cuales me han dado el apoyo emocional y la motivación para continuar en la profesión, me refiero principalmente a mi madre Blanca Esthela Rentería Gómez

quien es mi pilar principal, quien ha estado a lo largo de cada uno de mis logros y mis tropiezos, ha sido mi gran motivación a lo largo de la carrera y quien seguirá impulsándome a tener nuevos logros, a Karen Viridiana Peña Rentería y David

Aldair Peña Rentería, mis hermanos quienes han sido mi punto de apoyo en todo momento, y doy gracias a Dios por que siguen a mi lado.

Doy gracias a Dios por tener a mi madre que, en ausencia de mi padre, nos ha logrado sacar adelante a mis hermanos y a mí, he compartido mis logros contigo, alegrías y algunas tristezas de las cuales me has sacado adelante, no tengo palabras para darte gracias y lo hago aquí, que es un logro más a mi listado, el cual se añadirá a los tuyos.

Hoy me atrevo a decir que he concluido con esta hermosa carrera, en esta escuela la cual me vio crecer y me vio desarrollar cada una de mis capacidades, me quedo con experiencias buenas e inolvidables, de ahora en adelante sigo un nuevo camino el cual será el que Dios tenga preparado para mí.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2.1. VIDA, OBRA.....	7
2.3. HIPÓTESIS .....	25
2.4. JUSTIFICACIÓN .....	26
2.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
2.6. OBJETIVOS .....	27
2.7. MÉTODO .....	28
2.8. VARIABLES .....	28
2.9. ENCUESTA Y RESULTADOS.....	29
2.10. GRAFICADO.....	32
3.1. CONCEPTO DE PACIENTE .....	47
3.2. CONCEPTO DE ENFERMO .....	47
3.3. CONCEPTO DE EMBARAZO.....	47
3.4. CONCEPTO DE EMBARAZO ECTÓPICO.....	48
3.5. CONCEPTO DE ENFERMERA .....	49
3.6. CONCEPTO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA .....	50
3.7. NOCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	51
3.8. FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓPICO .....	53
3.9. EPIDEMIOLOGÍA DEL EMBARAZO ECTÓPICO .....	56
3.10. TIPOS DE EMBARAZOS ECTÓPICOS.....	57
4. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO .....	59
4.1. DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO.....	59
4.2. DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO .....	59
4.3. DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO .....	59
4.4. DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN ETAPAS AVANZADAS .....	60

4.5. ECOGRAFÍA DEL EMBARAZO ECTÓPICO.....	61
4.6. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL EMBARAZO ECTÓPICO CRÓNICO.....	62
4.7. TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO .....	64
4.8. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.....	64
4.9. TRATAMIENTO MÉDICO.....	66
4.10. ACTITUD EXPECTANTE .....	68
5.MEDIOS PREVENTIVOS DEL EMBARAZO ECTÓPICO .....	70
5.1. DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN .....	70
5.2. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO.....	70
5.3. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN .....	72
5.4. REDUCCIÓN DE RIESGO .....	73
5.5. FACTORES QUE AUMENTAN MUCHO EL RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.....	73
5.6. FACTORES QUE AUMENTAN MODERADAMENTE EL RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.....	74
5.7. FACTORES QUE AUMENTAN LIGERAMENTE EL RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.....	74
5.8. CONSIDERACIÓN ÉTICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO.....	74
5.9. NECESIDAD DE TERAPIA PSICOLÓGICA A CAUSA DEL EMBARAZO ECTÓPICO.....	78
5.10. APOYO DE AMIGOS Y FAMILIARES.....	80
6.INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PARA EL EMBARAZO ECTÓPICO.....	81
6.1. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	81
6.2. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, MANEJO HOSPITALARIO.....	81
6.3. PUNCIÓN ABDOMINAL (PARACENTESIS), CULDOCENTESIS.....	82
6.4. AMEU DIAGNÓSTICO.....	83
6.5. LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA.....	83
6.6. LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.....	83
6.7. HISTERECTOMÍA.....	84
6.8. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN .....	84

6.9. ADVERTENCIAS SOBRE EL EMBARAZO ECTÓPICO.....	85
6.10. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA EL EMBARAZO ECTÓPICO.....	85
7.CUIDADOS EN PACIENTES QUE HAN PRESENTADO EMBARAZO ECTÓPICO.....	88
7.1. COMPRENDER LAS OPCIONES.....	88
7.2. COMPRENDER EL PROCESO DE RECUPERACIÓN FÍSICA.....	89
7.3. EVITAR EJERCICIO O LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EXCESO.....	90
7.4. ESPERA DEL ESTREÑIMIENTO .....	90
7.5. PRUEBAS REGULARES.....	91
7.6. PRESENCIA DEL DOLOR .....	91
7.7. SÍNTOMAS DE QUE SE DEBE BUSCAR ASISTENCIA MÉDICA .....	91
7.8. MANEJO DE ANTICONCEPTIVOS.....	92
7.9. ESPERA PARA QUEDAR EMBARAZADA NUEVAMENTE.....	92
7.10. EJERCITARSE UNA VEZ QUE SEA SEGURO .....	93
8.INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES DE UN EMBARAZO ECTÓPICO.....	93
8.1. HIGIENE .....	93
8.2. ALIMENTACIÓN.....	94
8.3. REPOSO Y MOVILIDAD.....	94
8.4. TOMA DE CONSTANTES VITALES, REGISTROS Y COLABORACIÓN CON EL PERSONAL MÉDICO .....	94
8.5. CUIDADO DEL DOLOR.....	95
8.6. ORIENTACIÓN Y DUELO ANTICIPADO.....	95
8.7. RIESGO DE HEMORRAGIA.....	96
8.8. RIESGO DE INFECCIÓN .....	96
8.9. CUIDADOS DE SONDA VESICAL .....	96
8.10. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO .....	96
9.- CONCLUSION.....	97
11. GLOSARIO.....	108



## 1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada Cuidados de enfermería en pacientes con embarazo ectópico, está dividida en seis grandes apartados, precedidos de un protocolo que aborda el tema, su justificación, sus objetivos, métodos, variables, encuestas y resultados, los cuales fueron aplicados correctamente al personal de enfermería, obteniendo resultados favorables para la completar dicha investigación.

En México se trabaja arduamente por erradicar los casos de embarazo ectópico, tanto en el ámbito público como el ámbito privado. Por ello se busca trabajar mucho en la línea de la prevención y detección oportuna.

Seguido se aborda la visión de servicio de Florence Nightingale, quien es uno de los pilares de la enfermería, por su sentido humano de tratamiento a los enfermos que entraban en contacto con ella. Así como los resultados del instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en Morelia en el renglón de embarazo ectópico.

Se abordan los antecedentes de la investigación, así como los conceptos básicos, directamente relacionados con la naturaleza de la investigación aquí desarrollada, se muestra un acercamiento al concepto de tratamiento de forma general, para acercarse al concepto de tratamiento de embarazo ectópico y los tipos de tratamiento que se han desarrollado para el manejo de pacientes con embarazo ectópico.

Se establecen los medios de prevención que se utilizan para la detección de embarazos ectópicos más comunes, entre los que se desarrollan los acápites de la prevención primaria, secundaria y terciaria, así como los medios de prevención, Se abordan los tratamientos quirúrgicos que la medicina implementa para el atención de pacientes que han sido diagnosticados con embarazo

ectópico en diferentes circunstancias de avance y desarrollo de cada paciente, se dan a conocer los cuidados necesarios que se deben brindar a los pacientes con embarazo ectópico de forma general y particular, a fin de hacer una exposición objetiva de los cuidados que se deben brindar a estas pacientes.

Es abordado el tema de las intervenciones que deben tener en cuenta el personal de enfermería para con los pacientes diagnosticados con embarazo ectópico, describiendo desde el control de cada paciente, pasando por los detalles que generan higiene, prevención de infecciones, manejo de pacientes, para de esta manera las intervenciones anteriormente mencionadas sean de ayuda, y cumplan su función principal.

## 2.MARCO TEÓRICO

### 2.1. VIDA, OBRA

Florence Nightingale, nació en Florencia, Italia, el 12 de mayo de 1820 y es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería. Se le considera la madre de la enfermería moderna y verdadera creadora de una filosofía en la enfermería (A. & Raile, 2010, p. 3-5). Florence creció en una época de intensos cambios sociales, en un entorno de ideas liberales y reformistas. Su abuelo materno, William Smith, fue diputado durante 46 años, gran defensor de los derechos de los disidentes en materia religiosa y militante por la abolición de la trata de esclavos. Al participar algunos miembros de su familia en la vida política, no es de extrañar que Florence se sintiera profundamente interesada por los grandes problemas de su época. La educación tanto de Florence como de Parthenope, su hermana mayor, fue supervisada por su padre, que había estudiado en la Universidad de Cambridge. Su programa de estudios comprendía el latín, el griego, la historia, la filosofía, las matemáticas, las lenguas modernas y la música. William Edward Nightingale fue un hombre de ideas progresistas en lo referente a la mejora de la sociedad y a la educación de la mujer, por lo que se ocupó de la educación de sus hijas con una seriedad que por lo general solía reservarse a la educación de los hijos varones (A. & Raile, 2010, p. 9-10). Si Parthenope se interesaba sobre todo por el dibujo, Florence siempre tuvo afición

al estudio. Durante los últimos años de su vida prestó una valiosa ayuda a Benjamín Jowett en la traducción de los Diálogos de Platón, lo que muestra la amplitud de su erudición. Una mujer de la posición social de Florence tenía escasas oportunidades de aplicar en la práctica sus conocimientos. Era todavía una adolescente cuando empezó a sentir un conflicto entre su propia voluntad de acción y los placeres de la animada vida familiar social. A los 17 años, Florence, según recoge en unos apuntes personales, tuvo una experiencia mística: sintió su “vocación”, una experiencia decisiva que fortaleció su convicción de que no estaba hecha para una vida ordinaria. Entre los 20 y los 30 años, hubo frecuentes conflictos con sus padres que proyectaban el matrimonio para ella, pero logró mantener tenazmente su independencia (A. & Raile, 1999, p. 13-15). No era fácil encontrar una esfera de actividad que permitiera a Florence Nightingale encauzar su talento y sus aptitudes. A los 30 años, recordaba su frustración: “Siendo ya adulta, lo que más anhelaba era seguir una educación universitaria, adquirir conocimientos; pero aquello fue provisional”. En 1848 se inauguró el Queen’s College, en el que se ofrecía un nuevo tipo de educación superior para la mujer, pero Florence no mostró el menor interés; estaba buscando ya un campo de acción, un modo de aprovechar unos conocimientos que ya eran considerables. La filosofía de la enfermería explica el significado de los fenómenos observados a través del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. Así pues, en esta categoría se han incluido los primeros trabajos que precedieron o condujeron a la construcción de los modelos teóricos y al desarrollo de los conocimientos en esta disciplina definiendo las bases de los futuros trabajos.

En cambio, los modelos conceptuales (estructuración de ideas y teorías) comprenden los trabajos de las llamadas grandes teorías o pioneras en el campo de la enfermería. O sea, un modelo conceptual ofrece un marco de referencia para sus seguidores.

La mayoría de los autores entienden que la obra de Nightingale está estrechamente relacionada con su orientación filosófica sobre la interacción paciente-entorno y los principios y reglas sobre los que sustentó su ejercicio

profesional más que con el desarrollo de un modelo conceptual, aunque esto es todavía motivo de controversia (J., 2010, p. 9).

Ella definía la enfermedad como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud. Y definía salud diciendo que la salud es no solamente estar bien sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos.

La enfermería, entonces, es tanto ayudar al paciente que sufre una enfermedad a vivir, como poder o mantener el organismo del niño sano o del adulto en un estado tal que no padezca enfermedad.

Sostenía que para mantener una atención sanitaria adecuada era necesario disponer de un entorno saludable (aire puro, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz) componentes que siguen teniendo vigencia al día de la fecha (Arizin, 2015, p. 181).

Y son sustentados en el concepto de enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) cuando definen:

“La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se presta a personas de todas las edades, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación” (Arizin, 2010, p. 183).

Se rebeló contra los prejuicios de su época y contra su destino de mujer, que debía permanecer en el hogar, y eligió la profesión de enfermera. Su mayor éxito fue su participación en la guerra de Crimea.

Un informe suyo acerca de las condiciones de vida de los soldados heridos impulsó al secretario de Guerra Sidney Herbert a enviarla al campo de batalla. Ella y sus compañeras reformaron y limpiaron el hospital, e hicieron caer la tasa de mortalidad de 40% al 2%.

Logró realizar su sueño de asistir a los enfermos después de enfrentarse a sus padres y familiares. Su madre Emily y su padre William se oponían a que su hija fuera enfermera, ya que estaba mal visto que una mujer perteneciente a una clase social alta desempeñara una tarea tan “denigrante”; la mujer debía casarse, formar y cuidar su familia.

Sin embargo, Florence recibió ayuda de su abuelo materno, quien entendió su vocación por esta profesión, y por otro lado ella misma buscó el apoyo de un amigo de la familia Nightingale, Samuel, médico de profesión.

Nunca se casó; dedicó su vida al servicio del prójimo y de aquellos que más lo necesitaban, buscando la forma de mejorar su salud y en otros casos de hacer más llevaderos sus últimos días (Peter, 2016, p. 185).

Florence Nightingale es recordada sobre todo por su trabajo como enfermera durante la guerra de Crimea y por su contribución a la reforma de las condiciones sanitarias en los hospitales militares de campo.

Nightingale lleva el nombre de la ciudad donde nació, Florencia. Sus padres, William Edward Nightingale y su esposa Frances Smith, viajaron por Europa durante los primeros dos años de su matrimonio. La hermana mayor de Florence había nacido un año antes en Nápoles.

William Nightingale se apellidaba en verdad Shore, cambia su apellido por Nightingale después de heredar a un pariente rico, Peter Nightingale de Lea, cerca de Matlock, Derbyshire.

Las niñas crecieron en el campo y pasaban mucho tiempo en Lea Hurst en Derbyshire. Cuando Florence tenía unos cinco años su padre compró una casa llamada Embley cerca de Romsey en Hampshire. Con esto la familia pasaba los

veranos en Derbyshire y el resto del año en Embley. Al viajar entre estos lugares visitaban Londres, y la Isla de Wight.

En un principio, la educación de las niñas estuvo en manos de una institutriz, después su padre, educado en Cambridge, asumió esa responsabilidad. A Florence le encantaban sus lecciones y tenía una habilidad natural para estudiar. Bajo la influencia de su padre se familiarizó con los clásicos, Euclides, Aristóteles, la Biblia y temas políticos.

En 1840 suplicó a sus padres que la dejaran estudiar matemáticas en vez de trabajo de estambre y practicar las cuadrillas, pero su madre no aprobaba esta idea. Aunque William Nightingale amaba las matemáticas y había legado ese amor a su hija, la obligó a que siguiera estudiando temas más apropiados para una mujer. Después de muchas batallas emocionales, sus padres finalmente cedieron y comenzó su aprendizaje de matemáticas (Victor, 2010, p. 21).

En 1845, Florence, decidida por cualquier medio a aprender la enfermería en la práctica, había pedido permiso a sus padres para atender a los enfermos en la Clínica Salisbury, cuyo médico jefe era un amigo de la familia. Pero no obtuvo el permiso, y no porque tuvieran algo en particular contra el hospital, sino porque sus padres consideraban que no era un trabajo adecuado para una dama de su posición social. Comentario de Florence sobre este asunto: “para ellos era como si hubiese decidido ser ayudante de cocina”.

Finalmente, llegó a la amarga conclusión de que solo la viudez o la pobreza podían dar una ocasión de trabajar a una mujer con educación. Durante este triste periodo de su vida, recibió cierto estímulo del doctor Samuel Gridley Howe, el americano pionero en la enseñanza para ciegos, quien le aconsejó que perseverase en su vocación de enfermera a pesar de la consternación de familiares y amigos. Cuando vivió en 1848 en Londres, Florence tuvo la oportunidad de enseñar durante varios meses a los niños pobres (sus “ladronzuelos”) en la Ragged School de Westminster. Esta experiencia le abrió los ojos ante el fenómeno de la pobreza y adquirió la certeza de que podía ser útil, pero, una vez más, no pudo hacer oídos sordos a los reparos de su familia:

“Si pudiéramos ser educados – observó Florence – dejando al margen lo que la gente piense o deje de pensar, y teniendo en cuenta solo lo que en principio es bueno o malo, ¡qué diferente sería todo!” (Victor, 2013, p. 23-24). En 1849, Florence se embarcó en un viaje cultural por Egipto y Grecia durante el que dedicó algún tiempo a tomar apuntes detallados sobre la situación social y sobre los vestigios arqueológicos. En el viaje de regreso, de paso por Alemania, el grupo visitó Kaiserswerth, cerca de Düsseldorf, lugar en el que el pastor Theodor Fliedner había fundado en 1836 un hospital que era además orfanato y escuela. El personal de la institución estaba formado por “diaconisas” formadas por Fliedner y su esposa Caroline. A los treinta años, “la edad a la que Jesucristo comenzó su misión”, Florence volvió a Kaiserswerth para recibir una formación de enfermera, pese a la tenaz oposición de su familia. Florence demostró ser una alumna capacitada, y al cabo de tres meses de formación el pastor Fliedner le sugirió que publicara un relato sobre la vida en Kaiserswerth destinado a los lectores ingleses (Nightingale, 1851). Florence, por su parte, estaba deseosa de dar a conocer Kaiserswerth como un lugar en el que las mujeres podían recibir una educación útil (Victor, 2016, p. 25-26). Este tema ya lo había desarrollado en 1846, en una carta a su padre, con respecto a la educación en general; y lo que llama la atención es que Florence no veía entonces ningún sistema sencillo para corregir la desigualdad entre la teoría y la práctica. Su idea era: “hay que realizar ensayos, hay que emprender esfuerzos; algunos cuerpos tienen que caer en la brecha para que otros pasen sobre ellos...” No hay que olvidar este comentario al examinar los orígenes de la Escuela Nightingale 14 años después. Florence Nightingale no encontró una aplicación inmediata a su recién adquirida formación, por lo que a su regreso de Kaiserswerth, en 1851, redactó un borrador de lo que ella denominó su “religión para artesanos”. Eran consideraciones filosóficas que publicó más tarde en tres volúmenes, en una edición privada, con el título *Suggestions for thought for searchers after religious truth* (Sugerencias para el pensamiento de los investigadores después de la verdad religiosa) En un capítulo de carácter semiautobiográfico titulado “Cassandra”, que es texto clave para entender la historia de la mujer del siglo XIX, lanzó un apasionado

llamamiento a un nuevo tipo de educación: “Las mujeres anhelan una educación que les enseñe a enseñar, que les enseñe las reglas de la mente humana y como aplicarlas...” Como era característico en ella, tras haber expresado su idealismo, proseguía con su pragmatismo: “y sabiendo, en la situación actual, lo imperfecta que puede ser tal educación, anhelan una experiencia, pero una experiencia aplicada y sistematizada” (Victor, 2016, p. 29-33). Entre 1851 y 1854, Nightingale completó la instrucción práctica que había adquirido en Kaiserswerth visitando hospitales de Gran Bretaña y de Europa, y recogiendo información. Sistematizó todas estas experiencias analizando informes de hospitales y publicaciones oficiales sobre la sanidad pública. Cuando en 1853 visitó el Hospital Lariboisière en París, quedó favorablemente impresionada por sus salas, construidas a modo de pabellones. Estas salas estaban especialmente diseñadas para recibir la luz y el aire fresco, al tiempo que permitían que los “efluvios malignos” o “miasmas” pudieran disiparse entre los largos y estrechos bloques. Su estudio sobre la disminución de la mortalidad en Lariboisière contribuyó a confirmar la denominada “teoría de los miasmas”, que sostenía que la enfermedad surgía espontáneamente en los espacios sucios y cerrados. Esta había sido la base para el desarrollo de la sanidad pública en el Reino Unido a partir de 1830, con medidas tales como la construcción de alcantarillas y el suministro de agua pura a las ciudades. Entre los que se ocupaban de sanidad pública, los llamados “reformadores de la sanidad”, había pocos médicos; muchos eran ingenieros civiles y Edwin Chadwick, principal encargado de la sanidad en aquella época, trabajaba en una compañía de seguros. En 1858, Louis Pasteur descubrió los “gérmenes” y probó que la enfermedad no aparecía espontáneamente. Esto sirvió de base a algunos científicos médicos para atacar los proyectos de los reformadores sanitarios; pero, aunque las premisas de estos fuesen erróneas, puede afirmarse que sus conclusiones eran correctas y que sus reformas eran válidas (Peter, 2016, p. 193). El interés de Florence Nightingale por la higiene durante la guerra de Crimea, así como la importancia que dio al papel de la enfermera en la organización del entorno, se debe en gran medida a su forma de entender las causas de la enfermedad. Se distingue de los partidarios de la



“teoría de los miasmas” de su tiempo por la conexión tan personal que establece entre sus ideas científicas y religiosas. Para Florence, Dios había creado la enfermedad de los miasmas para que el hombre pudiera conocer sus causas a través de la observación y prevenir así su reaparición mediante la organización del entorno. Creía, por consiguiente, que las enfermeras, al encargarse de la higiene, tenían una oportunidad única para progresar espiritualmente, para descubrir la naturaleza de Dios mediante el aprendizaje de sus “leyes de la salud”. Florence Nightingale consideraba que nunca se le había enseñado nada sobre la naturaleza de la enfermedad, ni siquiera en Kaiserswerth, sino que había aprendido a través de la experiencia, la observación y la reflexión, de modo que, cuando fue llamada a organizar la formación de enfermeras, intentó reproducir las condiciones en las que ella había aprendido la realidad evidente de la enfermedad. Florence Nightingale solo obtuvo su primer empleo en agosto de 1853; era un puesto que por fin le daba la oportunidad de aplicar sus conocimientos y su formación. Fue nombrada directora de un sanatorio para señoras de la alta sociedad, que se encontraba en Upper Harley Street, nº 1, en el West End de Londres, donde permaneció hasta el estallido de la guerra de Crimea (Peter, 2016, p. 196-198). Demostró ser una excelente gerente y, aunque en el trabajo diario tanto ella como sus enfermeras se atenían sin discusión a las indicaciones de los médicos, en todo lo referente al tratamiento y en sus relaciones con el comité de dirección impugnaba las decisiones y a veces hasta hacía caso omiso de ellas en interés de los pacientes. En 1854, Florence Nightingale estaba buscando nuevas oportunidades de demostrar sus aptitudes, por ejemplo, en tanto que enfermera jefe en algún hospital de Londres, cuando estalló la guerra de Crimea. La organización de los hospitales británicos durante la guerra no era probablemente más deficiente que la última vez en que fue puesta a prueba, cuarenta años antes, durante las guerras napoleónicas. No obstante, durante la guerra de Crimea la sociedad tenía mayores expectativas y la población estaba mejor informada del desarrollo de los acontecimientos gracias a las noticias del frente que enviaban los corresponsales de prensa. La preocupación por el bienestar de los soldados que se manifestó como una oleada

en la opinión pública permitió al Secretario de Estado para la Guerra, Sidney Herbert, tomar una medida radical (Peter, 2016, p. 199). La designación de Florence Nightingale para dirigir a un grupo de enfermeras no tenía precedente alguno. Ninguna mujer había ocupado antes un puesto oficial en el ejército y su nombramiento podía tener resultados interesantes, ya que se trataba de una enfermera experimentada, muy inteligente, pero nada dispuesta a aceptar órdenes de una jerarquía cerril. Florence entendió inmediatamente cuál era la situación en Escutari, donde se encontraba el principal hospital británico. Como no deseaba ganarse la antipatía de los médicos, lo que habría dificultado las posibles reformas, sus primeras medidas fueron someter a sus enfermeras a la autoridad de los médicos e instalar una lavandería en el hospital. En tan solo un mes ya había conseguido mejoras en el mantenimiento de las salas, había obtenido ropa de cama y prendas nuevas para los soldados y había mejorado las comidas del hospital (Peter, 2016, p. 202). Además de supervisar la asistencia a los pacientes, escribió cartas en nombre de los soldados, organizó un sistema para enviar dinero a sus familias y proporcionó juegos y cuartos de lectura a los convalecientes. Se enfrentó tanto con las autoridades militares como con el servicio de intendencia y no dejó ni un momento de descanso al director de los servicios médicos militares. El creciente interés del público por sus iniciativas dio a su opinión una fuerza de la que no disponían los reformadores en las filas del ejército. Muchas de las recomendaciones de la directora de enfermeras al Secretario de Estado para la Guerra se convirtieron rápidamente en nuevos reglamentos militares. Si su genio administrativo la hizo ganarse el respeto de la reina Victoria y de muchos de los miembros del gobierno, lo que suscitó el cariño del pueblo británico fue la atención y el cuidado que dedicó personalmente a los soldados enfermos y heridos. Se dice que cada noche recorría los seis kilómetros de pasillos del hospital y un soldado agradecido recordaba como besaba la sombra de la “dama del candil” cuando esta pasaba por su lado. Florence Nightingale se convirtió en un símbolo de esperanza en una campaña militar que, por lo demás, fue desastrosa. En noviembre de 1855, en el momento en que la popularidad que ganó Florence durante la guerra de Crimea había llegado a su

apogeo, un grupo de seguidores suyos organizaron una reunión pública en Londres con el fin de reunir fondos para que, a su regreso a Inglaterra, pudiera llevar a cabo la reforma de los hospitales civiles mediante la creación de una escuela modelo de enfermeras y de auxiliares de hospital (Victor, 2010, p. 37-41). El Fondo Nightingale nació con muy poca colaboración de aquella cuyo nombre había adoptado; esta, por aquellas fechas, se hallaba inmersa en los problemas de la guerra. No le prestó atención hasta 1860, e incluso entonces tuvo que afrontar otros problemas apremiantes. Cuando volvió a Inglaterra, Florence se indignó al comprobar que las autoridades no parecían dispuestas a investigar demasiado sobre la desastrosa organización que había causado en Crimea 16.000 muertos por enfermedad frente a 4.000 muertos en el campo de batalla. Inmediatamente montó una campaña para la creación de una comisión investigadora, y el asunto no concluyó hasta 1860. Según el biógrafo crítico Lytton Strachey, “Escutari le había proporcionado conocimientos, pero también le había dado poder: su inmensa reputación la sostenía; era una fuerza incalculable” (Victor, 2010, p. 42). En realidad, el “poder” de Nightingale era algo más sutil que lo de parecía dar a entender Strachey, pero aun así era irresistible. Florence Nightingale utilizó su influencia para abogar en favor de la educación de los soldados británicos y de los médicos militares. A pesar de que las ordenes que recibió antes de ir a Crimea limitaban sus competencias, en el momento más crítico de la guerra Florence había señalado la falta de experiencia práctica de muchos de los jóvenes cirujanos y había propuesto que recibieran lecciones sobre patología y cuestiones afines sin esperar a que acabara el conflicto. De hecho, y como resultado de su sugerencia, se instaló durante algún tiempo un laboratorio de patología en Escutari. Su interés por la instrucción práctica en medicina iba a ser luego compartida por la Comisión Real sobre sanidad en el Ejército británico, que hizo de esa instrucción una de sus cuatro áreas de estudio. Florence Nightingale contribuyó de modo decisivo a la creación de la Comisión Real en 1857. Con Sidney Herbert como presidente de la misma y con una mayoría de partidarios en la junta, Florence se dedicó a ordenar sus pruebas sobre la mala administración de los hospitales y a reunir estadísticas de

mortalidad. (La elección en 1860 de Florence como primera mujer miembro de la Royal Statistical Society se basó esencialmente en la calidad de sus estadísticas sobre Crimea) (Victor, 2010, p. 43-45). Florence Nightingale elaboró planes para la educación médica militar en sus Notas sobre cuestiones relativas a la sanidad, la eficacia y la administración de los hospitales en el Ejército Británico, publicadas en 1858 en una edición privada. El objetivo de la formación estaba claramente basado en las lecciones aprendidas en la reciente guerra:

“[...] sea cual sea el grado de información científica de que disponen los estudiantes al entrar en el ejército, poco o nada puede deducirse de ello en lo tocante a sus conocimientos prácticos. Pero como ingresar en el ejército significa para ellos, automáticamente, enfrentarse con la práctica, y en un corto espacio de tiempo tienen pacientes a su cargo, parece necesaria la existencia de una escuela donde el alumno pueda adquirir un conocimiento práctico entre su ingreso en el ejército y el momento en que se incorpore a su regimiento” (Victor, 2010, p. 46).

Propuestas presentadas de modo tan convincente que fueron puestas en práctica por médicos y cirujanos experimentados, veteranos de la campaña de Crimea. En 1860, se creó la primera Escuela de Medicina Militar del Reino Unido en Fort Pitt. Su interés por la educación en el ejército abarcaba desde la formación de los médicos hasta en la enseñanza a las tropas. Un artículo de reciente publicación sobre este aspecto poco conocido de la labor de Florence Nightingale ha mostrado que tenía ideas más bien avanzadas para su época, ya que ella pensaba que podía educarse de algún modo al soldado raso (Victor, 2010, p. 50). Si bien, como muchos de sus contemporáneos, era consciente de los efectos debilitantes que tanto el alcohol como la prostitución tenían para el ejército, Florence se distinguía de ellos porque creía que la condición del soldado era achacable al entorno más que a su propia naturaleza.

“Nunca he podido compartir – escribía – el prejuicio sobre la indolencia, la sensualidad y la ineptitud del soldado. Al contrario, creo [...] que nunca he conocido a una gente tan receptiva y atenta como el del ejército. Si se les ofrece

la oportunidad de enviar dinero a casa de manera rápida y segura [...] lo harán. Si se les ofrece una escuela, asistirán a clase. Si se les ofrece un libro, un juego y una linterna mágica, dejarán de beber” (Victor, 2010, p. 50).

El éxito de las salas de lectura de Escutari alentó a Florence Nightingale después de la guerra a promover, con cierto éxito, la creación de salas similares en cuarteles más grandes. La experiencia de Crimea brindó a Florence la oportunidad de poner a prueba sus ideas; de ahí que, después de la guerra, se sintiera obligada a publicar sus conclusiones. Sabía que había que aprovechar inmediatamente la posibilidad de sacar las lecciones de la guerra: “No podemos repetirlo, como si fuese un experimento químico. Debe ser presentado como un ejemplo histórico” (Peter, 2013, p. 206). Así como las reformas suscitadas por la guerra de Crimea requerían una atención inmediata, las reformas en la asistencia a los enfermos no precisaban de tanta urgencia. Así, Florence Nightingale sólo volvió a consagrarse a la formación de enfermeras en 1869, cuatro años después de la guerra de Crimea, actividad a la que su nombre siempre ha estado estrechamente unido. La idea de formar enfermeras no era totalmente nueva en la Gran Bretaña de mediados del siglo XIX. Ya antes de la guerra de Crimea habían comenzado a resurgir las asociaciones de enfermeras, que agrupaban a numerosas mujeres competentes y moralmente intachables, en contraposición al estereotipo de enfermera borracha e ignorante creado por Charles Dickens (Peter, 2010, p. 206-208). Durante los decenios de 1830-1840 y 1840-1850, y gracias a las nuevas libertades religiosas, se habían creado en Gran Bretaña numerosos centros como St. John’s House, una hermandad anglicana creada en 1848, que en tres meses formaba a mujeres para cuidar a los enfermos pobres en sus propios hogares. Seis enfermeras de la St. John’s House acompañaron a Florence Nightingale a Crimea; sin embargo, y a pesar de la amistad que entabló tanto con Mary Jones, directora de la hermandad, como con la reverenda madre Clare Moore, superiora del Convento de la Merced de Bermondsey, del que procedían algunas de las enfermeras de Crimea, Florence insistió en instaurar una formación laica de las enfermeras. A medida que maduraba su idea, era

consciente de la resistencia que podía suscitar. Durante la guerra de Crimea, el rumor aparecido en la prensa de que algunas enfermeras habían intentado convertir a soldados en sus lechos de muerte había estado a punto de dar al traste con su misión. El temor a este tipo de controversias fue probablemente un factor de peso que hizo que Florence Nightingale se inclinara por la formación laica de enfermeras. En los hospitales, algunos habían empezado ya a protestar ruidosamente contra las nuevas enfermeras. En 1856, John Flint South, cirujano en el hospital St. Thomas de Londres, declaró que en su opinión una enfermera no necesitaba más formación que una criada. A pesar de todo, Florence y el Fondo Nightingale comenzaron a negociar en 1859 la creación de un centro de formación de enfermeras en el hospital St. Thomas. La oposición de ciertos sectores de la profesión médica era inevitable. Como decía más arriba, Florence Nightingale prefería intervenir de modo indirecto a tomar directamente decisiones, pero en lo que respecta a la Escuela Nightingale otros motivos pueden haberla llevado a permanecer en un segundo plano. La enfermedad que la había venido aquejando desde la guerra de Crimea limitaba su actividad, por lo que parecía lógico que delegase las funciones de dirección de la escuela, con su enorme volumen de trabajo, a alguna enérgica jefa de enfermeras (Peter, 2012, p. 210-212). Aunque hubiera gozado de buena salud, probablemente nunca se hubiera dedicado a la enseñanza. De su correspondencia privada se desprende que no estimaba ser una buena profesora de mujeres. En diciembre de 1861 escribió a Mary Mohl no sin cierta exageración: “Mis teorías no han suscitado interés entre las mujeres. Las que fueron conmigo a Crimea no aprendieron nada de mí, y ninguna [...] ha sacado las lecciones de la guerra” (Peter, 2012, p. 212).

Le parecía también evidente que los mejores profesores eran los que practicaban realmente su oficio:

“La autora de estas líneas, que conoce tal vez mejor que ninguna otra persona en Europa lo que podríamos llamar el trabajo de enfermera de hospital, es decir, la labor práctica de la enfermera, cree sinceramente que es algo imposible de

aprender en los libros y que sólo se puede aprender a fondo en las salas de un hospital; también cree que para aprender a administrar cuidados médicos en cirugía, la mejor escuela de Europa es observar a una “monja” de cualquier hospital de Londres” (Peter, 2012, p. 212).

Aunque Florence Nightingale consideraba que los libros de texto eran inapropiados para enseñar en qué consistía el “quehacer” de la enfermera, admitía que los libros podían ser útiles para familiarizarse con el entorno administrativo o sanitario de la labor de la enfermera. Su insistencia en que, para facilitar el estudio y la reflexión, cada alumna enfermera debía tener su propia habitación en el Hogar Nightingale muestra que no sólo le preocupaba el aspecto práctico de la formación.

En sus primeros años, la Escuela Nightingale tenía las siguientes características:

- La escuela era independiente, pero estaba vinculada a un hospital
- Las alumnas dependían únicamente de la enfermera jefe
- La escuela proporcionaba un hogar a las alumnas
- La instrucción de las alumnas corría a cargo de miembros del hospital (monjas y médicos); la evaluación de las alumnas corría a cargo de las monjas y de la enfermera jefe
- Las alumnas recibían un salario mínimo durante su formación
- El contrato de alumna enfermera estipulaba que ésta debía aceptar, tras su formación, un puesto en algún hospital elegido por el Fondo Nightingale, cuya política consistía en enviar grupos de enfermeras para difundir el sistema Nightingale de formación en otros hospitales (Victor, 2008, p. 53).

La nueva labor de Florence Nightingale entrañaba no pocas dificultades. El sistema dependía de monjas que carecían de formación; los médicos, como era de prever, no entendían que las enfermeras necesitaran una formación específica; la enfermera jefe, Sarah Wardroper, responsable de las enfermeras en el hospital, utilizaba a las alumnas como personal suplementario. En definitiva, no resultaba fácil encontrar alumnas con las cualidades requeridas. Sin embargo:

“El candil de Nightingale no dio luz inmediatamente; la reforma llegó de manera lenta y penosa, de forma que lo que se conoció como el sistema Nightingale no fue el proyecto ideal imaginado por Florence Nightingale, sino un experimento pragmático derivado de un compromiso forzoso” (Victor, 2010, p. 53). La afirmación de la doctora Baly es sin duda acertada: la escuela no progresó de manera tan regular como sugirieron los primeros historiadores, y la primera década fue especialmente difícil. Ahora bien, el dispositivo que empezó a emerger durante los años siguientes mejoró considerablemente, sobre todo gracias a una serie de iniciativas tomadas por la propia Florence Nightingale en los años posteriores a 1870. En realidad, no hay muchas razones para creer que la formación de enfermeras fuera para ella algo más que un experimento. Su amarga experiencia con la Comisión Real sobre la sanidad en el ejército le había enseñado que las reformas no se conseguían de golpe. Desde 1872 hasta que sus fuerzas empezaron a flaquear, siguió de cerca el desarrollo de la escuela y los progresos de muchas alumnas a las que enviaba anualmente un documento impreso lleno de consejos prácticos y morales. Otro punto que conviene tener en cuenta a la hora de valorar el éxito de la Escuela Nightingale es que, a pesar de sus comienzos difíciles, su crédito llegó a ser enorme, en parte porque Nightingale seguía siendo una leyenda, pero también gracias al duro trabajo realizado (Victor, 2010, p. 54-55). Henry Bonham-Carter, primo de Florence Nightingale y secretario del Fondo Nightingale de 1861 a 1914, contribuyó con su dedicación a que se reconocieran los resultados de la Escuela Nightingale. En 1887, año en el que se jubiló de su puesto de dirección la Sra. Wardroper, Bonham-Carter tuvo la satisfacción de anunciar que 42 hospitales contaban con enfermeras jefes formadas en la Escuela Nightingale, en la que un total de 520 enfermeras habían completado su instrucción. Los éxitos de la escuela facilitaron la incorporación de alumnas mejor capacitadas, por lo que “enfermeras Nightingale” cada vez mejor preparadas comenzaron a crear sus propias escuelas de enfermeras. Las primeras emigraciones de “enfermeras Nightingale” a Australia, Canadá, India, Finlandia, Alemania, Suecia y Estados Unidos permitieron la creación de una red internacional de escuelas que aplicaban el



sistema Nightingale. A medida que el oficio de enfermera se convertía en todo el mundo en una ocupación digna para la mujer, el “candil” de Florence Nightingale pasó a ser el emblema de la profesión, simbolizando, por un lado, la esperanza transmitida a los heridos en Crimea y, por otro, la cultura y el estudio. Cuando, en 1934, se creó la Florence Nightingale International Foundation con el objeto de perpetuar dignamente el legado educativo de Florence Nightingale, su emblema fue, naturalmente, un “candil” (Victor, 2010, p. 57-60). Si hubo un momento en que pudo decirse que del candil de Florence Nightingale venía efectivamente la luz, fue en 1882, año en que escribió dos artículos para el Quain’s dictionary of medicine titulados Formación de las enfermeras y Cómo cuidar al enfermo. En el primero presentó por vez primera los requisitos que debía cumplir una escuela ideal de enfermeras, a partir de la experiencia de la Escuela Nightingale. Una de las condiciones básicas era la presencia de “monjas residentes”. Su papel consistía en consolidar la instrucción recibida en las salas y en evaluar el progreso moral de las alumnas. De hecho, era la primera profesora de enfermeras especializada. Resulta sorprendente que en 1860 Florence Nightingale hubiera concebido la formación de enfermeras sin esta función y que hubiera estimado suficiente la intervención de la enfermera jefe, de las monjas y de los médicos. Nightingale expuso también una teoría sobre el aprendizaje en la que hacía hincapié en la adquisición de las destrezas prácticas: “La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar” (Víctor, 2010, p. 61). Florence Nightingale consideraba que, una vez que la enfermera había “aprendido a aprender”, el proceso de formación debía continuar más allá de la escuela. Sus ideas al respecto eran asombrosamente vanguardistas: “hoy en día, cada cinco o diez años [...] se necesita una segunda formación” (Víctor, 2010, p. 54-61). No es de extrañar que durante sus últimos años Florence Nightingale criticara la profesionalización de las enfermeras. En su opinión, la inscripción en un registro profesional pondría un punto final a la formación, llevaría a la presunción y en definitiva no sería más que una

reproducción de la trayectoria profesional que habían seguido los médicos. Florence destacaba lo que de específico tenía la actividad de la enfermera y la responsabilidad personal de ésta en el bienestar del paciente. A su entender, era más fácil conseguir este bienestar si la enfermera entendía su trabajo como una llamada interior o una vocación, más que como una profesión. Tal vez era inevitable, pero finalmente sus razonamientos fueron desoídos. La educación formó parte de cada una de las parcelas de la vida de Florence Nightingale. En todas ellas, el nexo común era su preocupación por que los métodos educativos fuesen prácticos y reflejasen los objetivos de dicha educación. Se interesó profundamente por la escuela primaria local cercano a su casa familiar, en el condado de Derbyshire. Aunque proporcionó libros a la biblioteca de la escuela, estaba también interesada en otros métodos de enseñanza. Como la geología del condado de Derbyshire era muy rica, recomendó la utilización en las aulas de muestras minerales como material didáctico. Este sistema tenía muy poco que ver con los aburridísimos métodos de Mister Gradgrind, la caricatura del maestro victoriano que describió Charles Dickens. Su interés por las escuelas se extendió a las colonias británicas. Le interesaban especialmente los efectos de la escolarización en la salud de los niños. En 1863, con el patrocinio del duque de Newcastle, dirigió un estudio estadístico en 143 escuelas coloniales de Australia, Canadá, Sudáfrica y Ceilán (el actual Sri Lanka) (Víctor, 2008, p. 62-65). Temía que los métodos educativos europeos no estuvieran adaptados a la educación de las poblaciones indígenas. En su correspondencia con Sir George Grey, gobernador de Nueva Zelanda, explicaba: “Mantener durante gran parte del día a unos cuantos niños en un aula, llenándoles la cabeza de fórmulas e intentando despertar su interés, [sería] desastroso para una raza no acostumbrada a ese tratamiento. Ocasionaría problemas de salud, escrófula y tuberculosis en los niños. De hecho, sería condenarlos a una muerte lenta” (Víctor, 2013, p. 65). Este consejo fue ignorado por completo. En los últimos años del decenio 1860-1870, Nightingale centró su atención en el tema de la educación en los asilos de pobres. Su crítica mordaz al régimen terrible a que estaban sometidos los pobres allí alojados fue unánimemente aplaudida. El fondo de su argumentación era que no

había que castigar a los pobres, sino enseñarles a que se valieran por sí mismos, y que era por tanto importante impartirles un adiestramiento práctico que les permitiera adquirir destrezas manuales. Estaba convencida de que había que sacar a los niños del ambiente de los asilos para que pudieran educarse en las escuelas industriales de reciente creación. Su vieja amistad con el doctor Benjamin Jowett, director del Balliol College de la Universidad de Oxford, hizo que se interesara por la educación universitaria. En 1870-1880, Florence había apoyado la idea de crear una medalla al mérito por los trabajos estadísticos en memoria de Adolphe Quételet, fundador de la estadística moderna. A principios del decenio de los noventa, Jowett reavivó su deseo de fomentar la estadística y la puso en contacto con el profesor Francis Galton, el conocido matemático. Juntos concibieron el proyecto de creación de una nueva cátedra de Estadística en Oxford. En una carta dirigida a Galton, con fecha del 7 de febrero de 1891, Florence Nightingale propuso que en dicha cátedra se estudiara la importancia de la estadística para disciplinas como la educación, la criminología, los asilos y la India. Sus propuestas no prosperaron, y los historiadores no han podido encontrar las causas de tal fracaso. Conviene resaltar que los medios universitarios de la época por lo general no compartían el interés de Florence Nightingale por la aplicación de la estadística a los problemas sociales. Karl Pearson, el padre de la estadística aplicada moderna, reconoció el interés de las ideas de Florence Nightingale, de modo que su contribución no fue del todo inútil (Victor, 2010, p. 66-69).

## 2.2. INFLUENCIAS

Entre sus tutores estuvo Sylvester, quien desarrolló la teoría de invariantes junto con Cayley. Se dice que fue la alumna más destacada de Sylvester. Las lecciones incluían aritmética, geometría y álgebra. Una de las personas que también influyeron en ella fue el científico belga Quetelet. Él había aplicado métodos estadísticos a datos de varios campos, incluyendo las estadísticas morales o

ciencias sociales (Sherratt, 2010, p. 23). La religión jugó un papel importante en su vida. Aunque sus padres crecieron en la Iglesia Unitaria, Frances Nightingale prefirió una denominación más convencional y a las niñas las criaron en la fe anglicana. La alianza entre Florence y Charles Dickens tuvo una indudable influencia como factor determinante en su definición de la enfermería y la atención sanitaria. Diálogos semejantes con otros intelectuales y reformadores sociales de aquellos días, como John Stuart Mill, Benjamin Jowett y Harriet Marineau, contribuyeron al desarrollo del pensamiento filosófico y lógico de Nightingale, que se trasluce de forma notoria en sus apreciaciones sobre la práctica de la enfermería (Sherratt, 2010, p. 24). Nightingale desarrolló interés por los temas sociales de su época, pero en 1845 su familia se oponía firmemente a la idea de que ella trabajara en un hospital. Hasta ese entonces, el único trabajo de enfermería que había hecho, había sido cuidar de parientes y amigos enfermos. Mientras estaba de viaje por Europa y Egipto en 1849, tuvo la oportunidad de estudiar los distintos sistemas hospitalarios. A principios de 1850, inició su entrenamiento como enfermera en el Instituto de San Vicente de Paul en Alejandría, Egipto, que era un hospital perteneciente a la Iglesia Católica. Nightingale visitó el hospital del Pastor Theodor Fliedner en Kaiserwerth, cerca de Dusseldorf, Alemania en julio de 1850 y regresó a esa ciudad en 1851 para entrenarse como enfermera durante tres meses en el Instituto para Diaconisas Protestantes; y luego de Alemania se trasladó a un hospital en Saint Germain, cerca de París, dirigido por las Hermanas de la Caridad. A su regreso a Londres en 1853, tomó el puesto ad-honorem de Superintendente en el Establecimiento para damas en el número 1 de la calle Harley y siguió colaborando como responsable de diferentes servicios hospitalarios militares con excelentes resultados y mejoras (Sherratt, 2010, p. 25).

### 2.3. HIPÓTESIS

Existe una serie de cuidados que el personal de enfermería puede brindar a los pacientes que padecen embarazo ectópico en las instituciones de salud públicas y privadas a fin de mejorar la calidad del servicio que se desarrolla en las mismas.

## 2.4. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación tiene una gran trascendencia en el campo de la ginecología y la obstetricia, ya que los embarazos ectópicos se presentan de forma aleatoria y es fundamental que tanto el personal médico como el personal de enfermería conozcan cuales son los protocolos que se deben seguir en estos casos, a fin de asegurar que tanto los pacientes como los familiares, reciban una atención de calidad y un servicio altamente humano.

En estos casos es importante no despreciar el papel que desarrolla el personal de enfermería ya que juntamente con el ejercicio médico, ofrecen oportunidades invaluable para la atención de los pacientes, haciendo un trabajo de equipo que se traduzca en un servicio de calidad.

Es por ello que, como profesionales de la salud, en la rama de enfermería, con vistas a la especialización de ginecología y obstetricia, debemos estar documentados para poder brindar alternativas de atención, seguimientos profesionales, orientación oportuna, atención humana y conjugar muchos otros elementos que llevaría a ver a los pacientes como lo que son, personas que buscan la recuperación de su salud.

En la línea profesional la presente investigación ayuda para la obtención del título de licenciatura en enfermería y a mejorar la calidad del servicio profesional que se prestara en alguna institución de salud, favoreciendo que este servicio se preste con conocimiento de causa, en especial en lo que se refiere al campo de la ginecología y la obstetricia.

## 2.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo ectópico se define como la implantación del blastocito fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina. Fue diagnosticado oficialmente por un médico árabe de nombre Albucassi, en el año de 963 d. C.

Sin embargo, en el campo de la ginecología y la obstetricia el embarazo ectópico se ha ido constituyendo como una de las afecciones de mayor morbimortalidad,

generando un promedio de muertes del 9 al 13% de las muertes maternas que se dan en el primer trimestre de un embarazo.

Por otra parte, cabe señalar, que la Secretaría de Salud Pública de México en 2013 señalaba que el EE ha aumentado, de forma considerable, en los últimos años en México y en otros países, pasando de un 0.8% a un 2.0% de todos los embarazos registrados (Secretaría de Salud, 2013, p. 7). Según datos de la Secretaría de Salud Pública en México el sitio más común para la implantación ectópica son las trompas de Falopio con un índice del 95%, mientras que de este porcentaje el 70% corresponde a lo que se denomina implantación en la ampolla, mientras que el resto se da en el istmo en un porcentaje del 11.1%, en la fimbria y el 2.4% se presenta de forma intersticial. De modo que la implantación ectópica que se da fuera de la trompa de Falopio es rara, y se presenta solamente en la zona abdominal en un promedio de 1.3% de embarazos y en la zona ovárica en un 3.2% (Secretaría de Salud, 2013, p. 7). Es por ello que es relevante mejorar la calidad asistencial de los pacientes con embarazo ectópico, especialmente en el segundo y tercer nivel de atención, a fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad de los mismos, poniendo especial atención a cualquier tipo de hemorragia que se pudiera presentar. De modo que un personal médico y de enfermería cabalmente capacitado, en el campo teórico y práctico, sin duda favorecería la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica que se brinda a este tipo de pacientes con embarazo ectópico, contribuyendo así al bienestar de las personas y de sus familias y de las comunidades de nuestra nación mexicana.

## 2.6. OBJETIVOS

2.6.1 General: Identificar cuáles son los cuidados que el personal de enfermería puede brindar a pacientes con embarazo ectópico.

2.6.2 Específicos:

- Elaborar una investigación bibliográfica que sustente la presente investigación a través de investigaciones y datos médicos que ilustren el quehacer del personal de enfermería.
- Realizar la sistematización de la información recabada y exponerla dentro de la investigación de forma organizada y coherente, para propiciar la comprensión y asimilación de los contenidos.
- Diseñar un análisis de las acciones y cuidados para pacientes que presentan embarazo ectópico que se llevan a cabo por parte de los profesionales de enfermería en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en la ciudad de Morelia, Michoacán.

## 2.7. MÉTODO

El método de la presente investigación es una investigación cuantitativa que busca establecer las relaciones entre variables que expliquen la causalidad y faciliten la predicción de fenómenos.

Sus características resultantes se expresan en valores numéricos cuantificables.

Para ello se siguieron las siguientes etapas:

1. Identificación y formulación del tema, con la respectiva revisión de la bibliografía correspondiente al sustento del marco teórico.
2. Establecimientos de objetivos y formulación de hipótesis.
3. Elaboración del diseño del análisis.
4. Ejecución del análisis
5. Comunicación de resultados.

## 2.8. VARIABLES

Variable: es aquella característica o propiedad que se supone ser la causa del fenómeno estudiado. Las variables de la presente investigación están divididas en dos categorías:

Independiente: Conocimiento de los cuidados del personal de enfermería a las pacientes que padecen embarazo ectópico en las instituciones de salud públicas y privadas.

Dependiente: Del aumento de dichos conocimientos se potencia la mejora de la calidad de servicio que se desarrolla en dichas instituciones de salud en beneficio de las pacientes.

## 2.9. ENCUESTA Y RESULTADOS

Para la realización de la presente investigación se aplicó un instrumento de forma anónima.

El universo de trabajo fue el personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia y la muestra estuvo compuesta por 34 enfermeras del mismo hospital, todas ellas fueron mujeres que respondieron a una encuesta impresa.



Los nombres de las encuestadas han sido omitidos para facilitar que las repuestas sean señaladas con objetividad, evitando cualquier evasión. El instrumento utilizado fue el siguiente:

### Instrumento de Trabajo

**Instrucciones:** La presente encuesta anónima es para la realización de una investigación educativa en el campo de enfermería sobre el embarazo ectópico,



por lo cual le pedimos contestar de forma anónima, subrayando la respuesta que mejor exprese su opinión.

Reactivo	Respuesta
1.- ¿Tiene alguna noción de lo qué es el embarazo ectópico?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.
2.- ¿Ha conocido en este hospital personas que padecieran embarazo ectópico?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.
3.- ¿Considera que el embarazo ectópico ha ido en aumento?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.
4.- ¿Ha recibido alguna capacitación especializada para la atención de personas con embarazo ectópico?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.
5.- ¿En qué porcentaje considera que es relevante el papel del personal de enfermería para la atención de pacientes con embarazo ectópico?	a) Menos del 50%. b) 50-70%. c) 70% o más.
6.- ¿Piensa que la profesionalización del personal de enfermería debería incluir también la capacitación en materias de atención a pacientes con embarazo ectópico?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.
7.- ¿Sabe si existen normas o protocolos para la atención de	a) Sí. b) No. c) No lo sé.

pacientes con embarazo ectópico?	
8.- ¿Ha tenido la oportunidad de profundizar en el estudio de las normas y protocolos médicos en materia de atención a pacientes con embarazo ectópico?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.
9.- ¿Conoce los factores de riesgo del embarazo ectópico?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.
10.- ¿Conoce cuáles son los cuidados que el personal de enfermería debe prestar a pacientes con embarazo ectópico?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.
11.- ¿Sabe cuál es el papel de la ecografía con relación al embarazo ectópico?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.
12.- ¿Sabe usted como se diagnóstica la presencia de un embarazo ectópico?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.
13.- ¿Le gustaría recibir mayor capacitación relacionada con el tema del embarazo ectópico?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.
14.- ¿Considera que el personal de enfermería podría brindar información a los pacientes con embarazo ectópico y sus familiares?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.

15.- ¿Considera que la calidad asistencial que se brinda a pacientes con embarazo ectópico es adecuada?	a) Sí. b) No. c) No lo sé.
---	----------------------------------

Por su colaboración muchas gracias.

## 2.10. GRAFICADO

El graficado de los resultados de los reactivos el instrumento de trabajo quedó presentado de la siguiente manera:

El primer reactivo que se utilizó como parte del presente instrumento a la letra decía lo siguiente: ¿Tiene alguna noción de lo que es el embarazo ectópico?

Las posibles respuestas para este reactivo que se propusieron, fueron las siguientes:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.

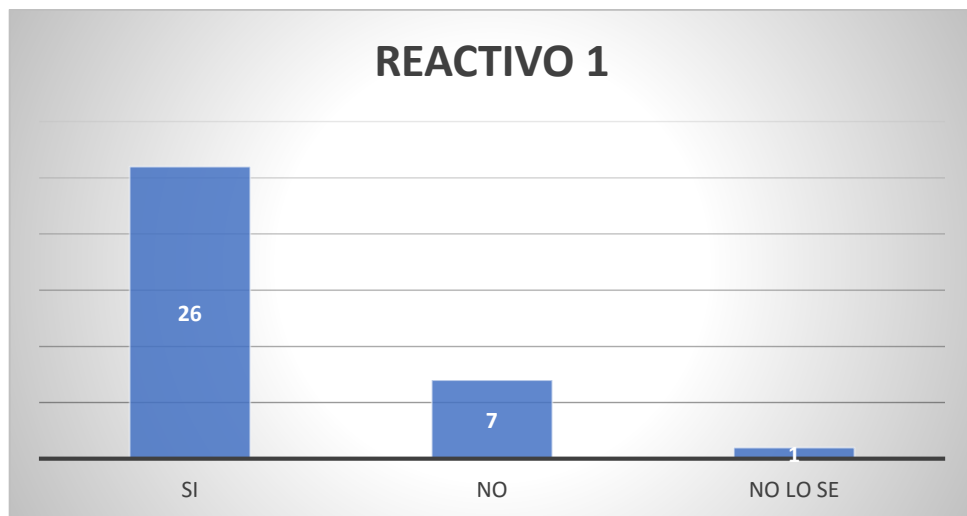
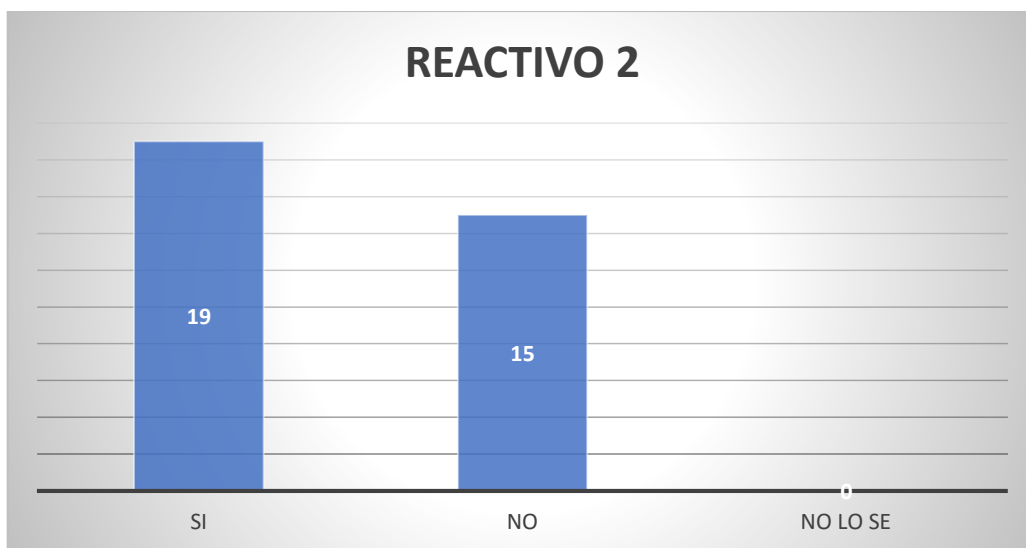


Fig. 3. Resultados del reactivo 1. Fuente: Elaboración propia (2018).

Por los resultados del reactivo 1, se puede concluir que la mayoría del personal de enfermería de la institución de salud, cuenta con una noción de lo que es el embarazo ectópico. Sin embargo, aún quedan casos en los cuales no se registró que se contara con una noción al respecto del tema en cuestión, siendo apenas 8 casos de 34 que conforman el total de la muestra elegida. El segundo reactivo a la letra decía lo siguiente: ¿Ha conocido en este hospital personas que padecieran embarazo ectópico? Las posibles respuestas para la pregunta de este reactivo primero que se propusieron a las encuestadas, fueron las siguientes:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.



*Fig. 4. Resultados del reactivo 2. Fuente: Elaboración propia (2018).*

Por los resultados arrojados en el segundo reactivo se deduce que hay paridad en de numerales con respecto al personal que ha sabido de atención a pacientes con embarazo ectópico en la institución sanitaria que se eligió como universo de análisis para la presente investigación.

De modo que hay certeza en las respuestas que el personal apuntó, dejan en claro sólo dos opciones, sí y no.

Para el tercer reactivo, se propuso la siguiente pregunta que a la letra decía: ¿Considera que el embarazo ectópico ha ido en aumento?

Las posibles respuestas propuestas para este reactivo fueron las siguientes:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.

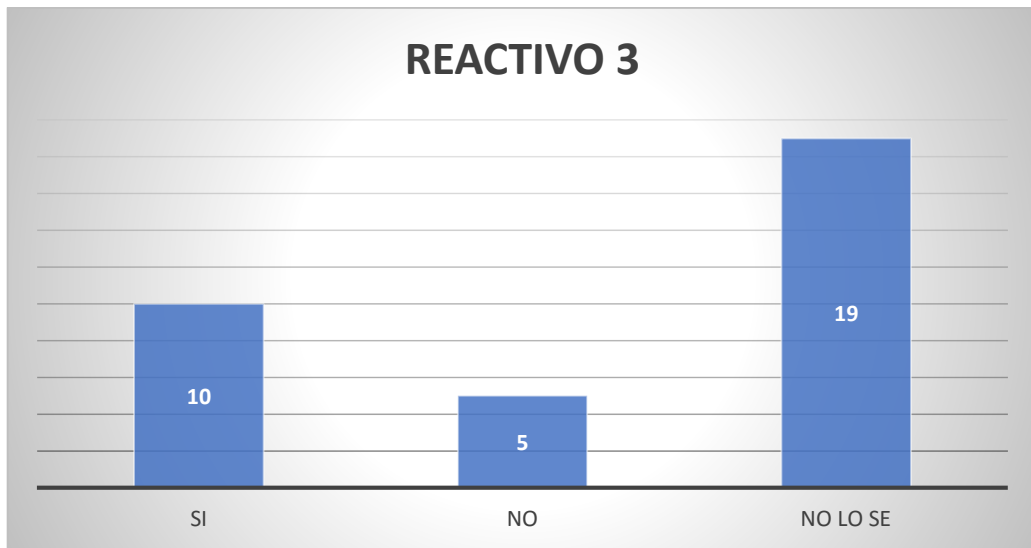


Fig. 5. Resultados del reactivo 3. Fuente: Elaboración propia (2018).

Los resultados arrojados por el reactivo tercero indican que el personal no cuenta con datos actualizados de la incidencia de embarazos ectópicos. Para el cuarto reactivo, se propuso a las encuestadas el siguiente planteamiento: ¿Ha recibido alguna capacitación especializada para la atención de personas con embarazo ectópico?

Como parte de las posibles respuestas que se propusieron para responder al presente reactivo, aparecen las siguientes:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.

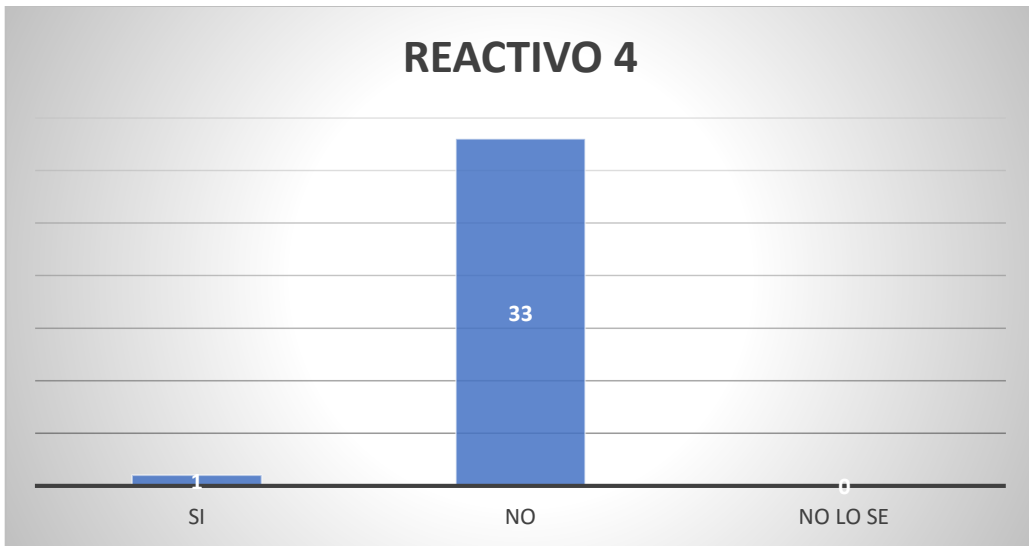


Fig. 6. Resultados del reactivo 4. Fuente: Elaboración propia (2018).

El caso del cuarto reactivo denota que la mayoría del personal no ha recibido alguna capacitación especializada para atender a pacientes con embarazo ectópico, siendo sólo uno el caso, donde se deja en claro que sí ha recibido este tipo de formación. El quinto reactivo, propuso la siguiente pregunta que a letra planteaba lo siguiente: ¿En qué porcentaje considera que es relevante el papel del personal de enfermería para la atención de pacientes con embarazo ectópico?

Como parte de las posibles respuestas que se propusieron para responder al presente reactivo, aparecen las siguientes:

- a) Menos del 50%.
- b) 50-70%.
- c) 70% o más.

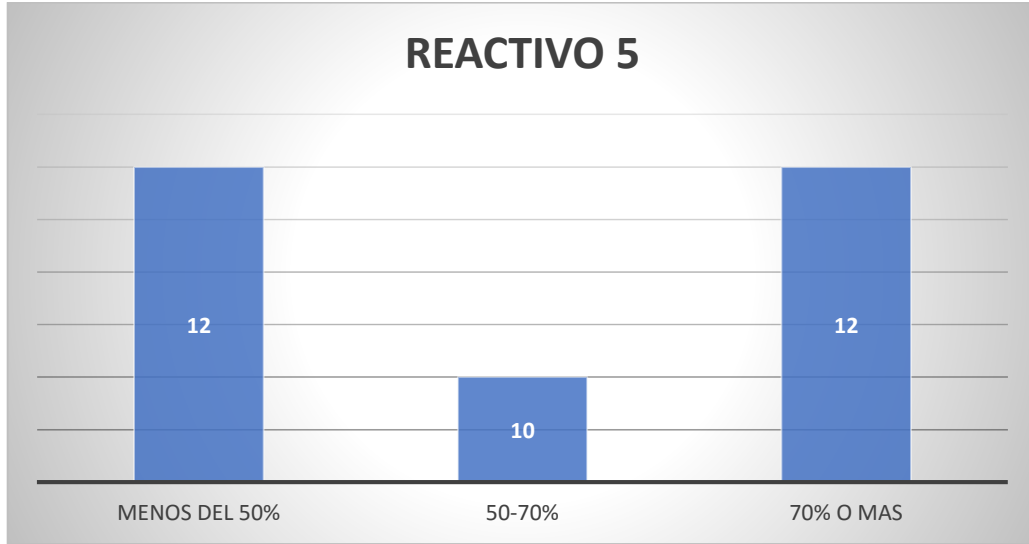


Fig. 7. Resultados del reactivo 5. Fuente: Elaboración propia (2018).

El reactivo quinto coloca en un lugar meritorio al papel que desempeña el personal de enfermería para la atención de pacientes con embarazo ectópico, ubicándose los resultados por encima de los estándares del cincuenta por ciento. El sexto reactivo, planteó la siguiente pregunta: ¿Piensa que la profesionalización del personal de enfermería debería incluir también la capacitación en materias de atención a pacientes con embarazo ectópico?

Como parte de las posibles respuestas que se propusieron para responder al presente reactivo, aparecen las siguientes:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.

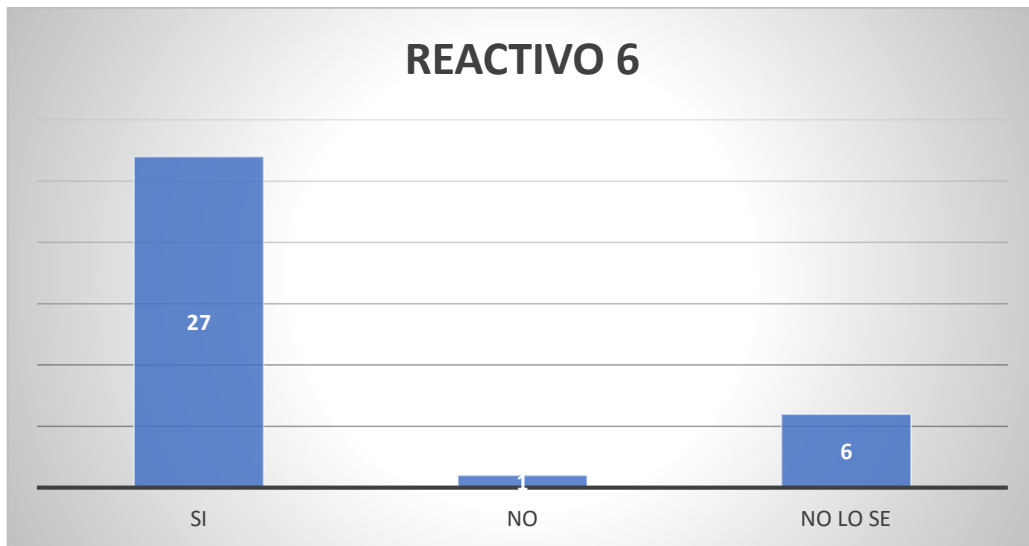


Fig. 8. Resultados del reactivo 6. Fuente: Elaboración propia (2018).

El sexto reactivo muestra un interés por la profesionalización, por parte del personal de enfermería de la institución de salud elegida para la realización de la presente investigación, incluyendo en la curricular de mejora profesional el tema de los embarazos ectópicos y la atención que se debe brindar a este tipo de pacientes.

Como parte del séptimo reactivo, la pregunta decía a la letra lo siguiente: ¿Sabe si existen normas o protocolos para la atención de pacientes con embarazo ectópico?

Dentro de las posibles respuestas que se trazaron para responder al presente reactivo, aparecían las siguientes:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.



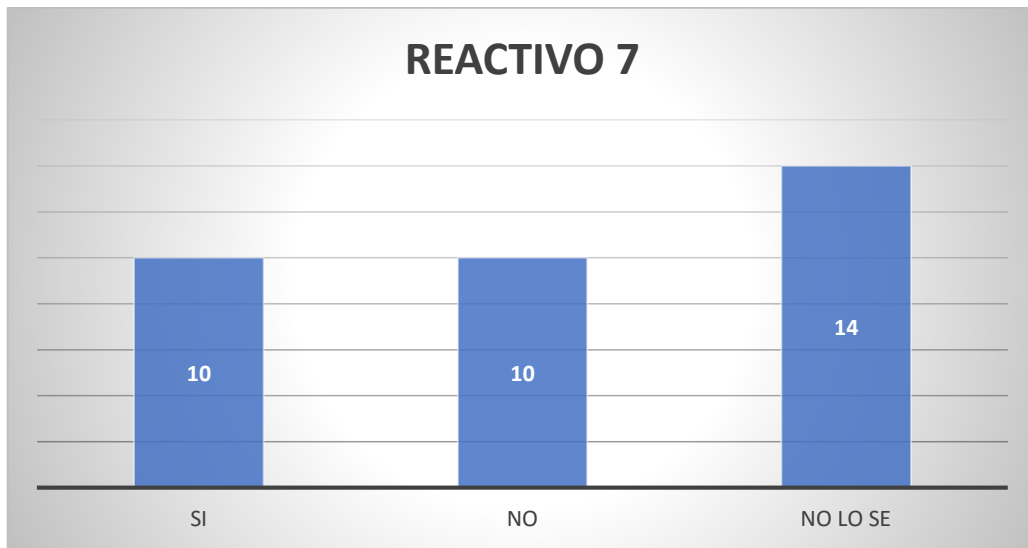


Fig. 9. Resultados del reactivo 7. Fuente: Elaboración propia (2018).

Como parte del resultado del reactivo séptimo se deja en claro que la mayoría del personal de la muestra no tiene un conocimiento certero sobre la existencia de protocolos o normas que debe seguirse para la atención de pacientes que presentan embarazo ectópico. El octavo reactivo, formuló la siguiente pregunta que decía lo siguiente: ¿Ha tenido la oportunidad de profundizar en el estudio de las normas y protocolos médicos en materia de atención a pacientes con embarazo ectópico?

Las respuestas propuestas para este reactivo se presentaron de la siguiente manera:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.

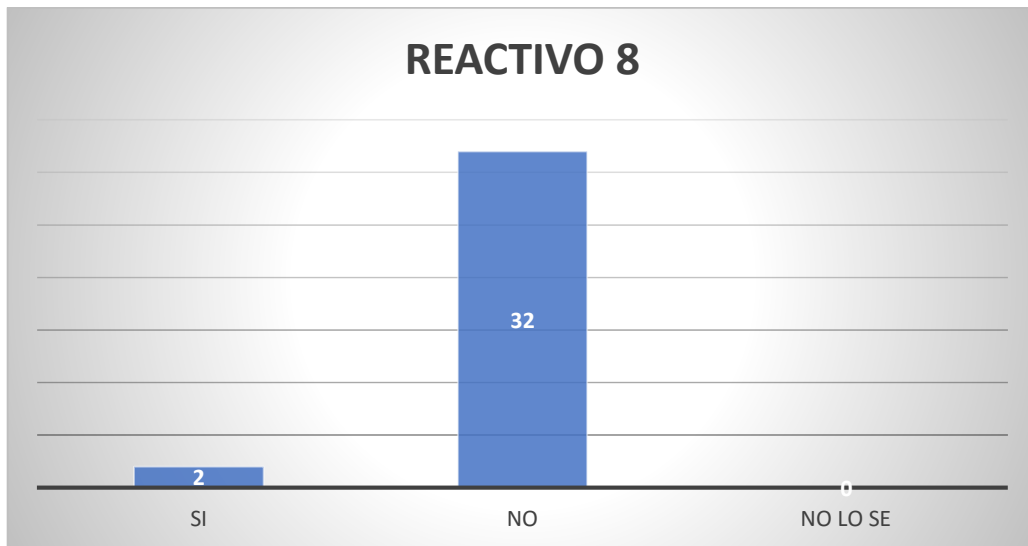


Fig. 10. Resultados del reactivo 8. Fuente: Elaboración propia (2018).

El octavo reactivo, dejó en claro que la mayoría del personal de enfermería encuestado y que forma parte de la muestra no ha tenido oportunidad de profundizar en los protocolos y normas médicas para la atención de pacientes con embarazo ectópico.

Para el noveno reactivo, se formuló la siguiente pregunta que a la letra proponía lo siguiente: ¿Conoce los factores de riesgo del embarazo ectópico?

Las respuestas propuestas para este reactivo se presentaron de la siguiente manera:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.

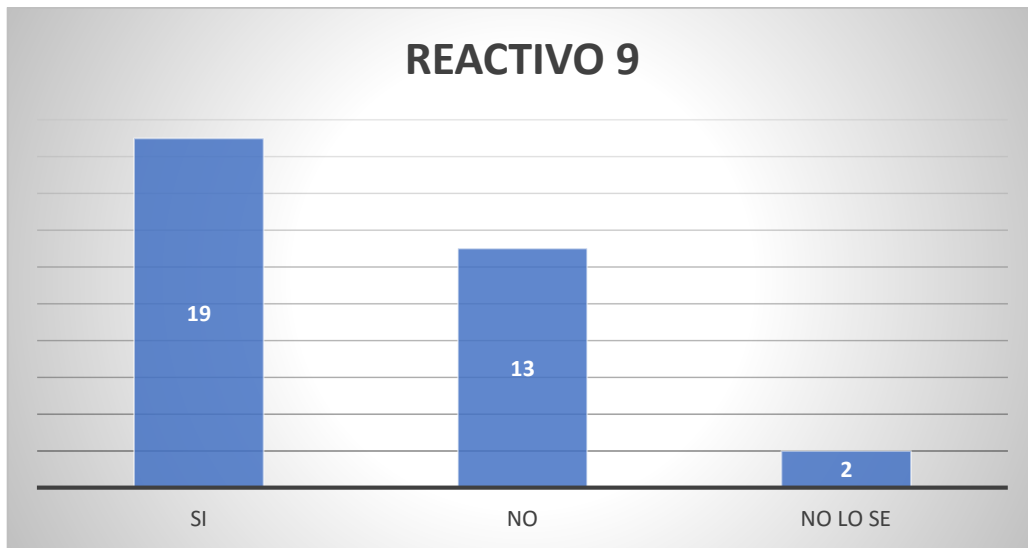


Fig. 11. Resultados del reactivo 9. Fuente: Elaboración propia (2018).

El noveno reactivo muestra que la mayoría del personal de la muestra conoce los riesgos del embarazo ectópico, pero hay un claro porcentaje que no desconoce los riesgos a los que se enfrentan los pacientes con este tipo de diagnóstico.

El décimo reactivo, formuló la siguiente pregunta que a la letra decía lo siguiente: ¿Conoce cuáles son los cuidados que el personal de enfermería debe prestar a pacientes con embarazo ectópico?

Las respuestas presentadas a las encuestadas para el presente reactivo fueron las siguientes:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.



Fig. 12. Resultados del reactivo 10. Fuente: Elaboración propia (2018).

Nuevamente, los resultados del reactivo décimo indica la misma área de mejora que los resultados del reactivo noveno. Se trata de indicadores que son paralelos, lo cual podría ser atendido para mejorar el índice de capacitación y formación del personal.

El décimo primero reactivo, propuso la siguiente pregunta a las encuestadas de la muestra: ¿Sabe cuál es el papel de la ecografía con relación al embarazo ectópico?

Las respuestas presentadas a las encuestadas para el presente reactivo fueron las siguientes:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.



Fig. 13. Resultados del reactivo 11. Fuente: Elaboración propia (2018).

Menos de la mitad del personal de la muestra tiene en claro cuál es el valor y la importancia de la ecografía para la atención de las pacientes con riesgos de diagnóstico de embarazo ectópico.

El décimo segundo reactivo, propuesto a los elementos de la muestra planteaba la siguiente pregunta: ¿Sabe usted cómo se diagnostica la presencia de un embarazo ectópico?

Las respuestas presentadas a las encuestadas para el presente reactivo fueron las siguientes:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.

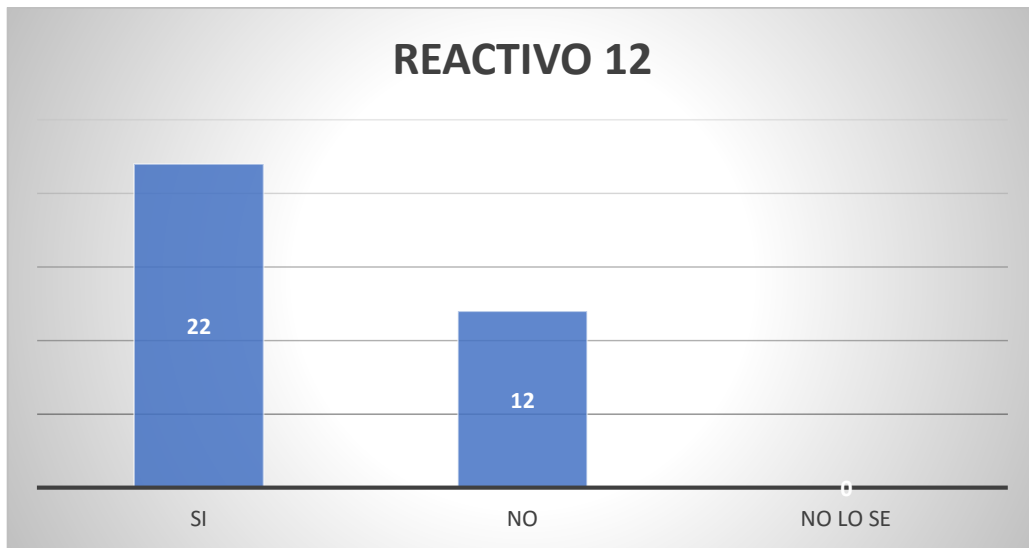


Fig. 14. Resultados del reactivo 12. Fuente: Elaboración propia (2018).

Por los resultados del reactivo duodécimo, se puede deducir que la mayoría de los elementos de la muestra sabe cómo se puede diagnosticar de forma general un embarazo ectópico, aun cuando no todos han tenido formación especializada en este campo de la medicina y de la enfermería.

El décimo tercer reactivo, planteaba la siguiente pregunta a las encuestadas, la cual decía a la letra, lo siguiente: ¿Le gustaría recibir mayor capacitación relacionada con el tema del embarazo ectópico?

Las respuestas planteadas para este reactivo fueron las siguientes:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.

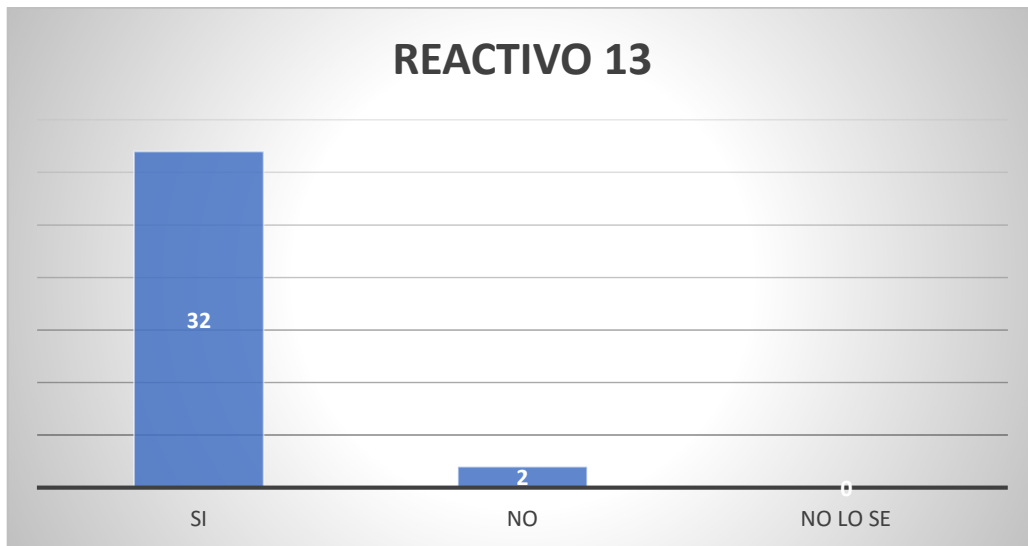


Fig. 15. Resultados del reactivo 13. Fuente: Elaboración propia (2018).

El reactivo décimo cuarto, es muy alentador, ya que denota apertura por parte del personal para recibir formación y capacitación, con relación al tema del embarazo ectópico y la atención que se debe brindar a este tipo de pacientes.

El décimo cuarto reactivo, a la letra proponía lo siguiente: ¿Considera que el personal de enfermería podría brindar información a los pacientes con embarazo ectópico y sus familiares?

Las posibles respuestas propuestas a las encuestadas para este reactivo fueron las siguientes:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.



Fig. 16. Resultados del reactivo 14. Fuente: Elaboración propia (2018).

El reactivo décimo cuarto, arrojó como resultado que la mayoría del personal encuestado no tiene claro si debe o no brindar orientación a los familiares de las enfermas con embarazo ectópico, tal vez por no involucrarse con las funciones que atañen al rol del personal médico y especializado en el tema. Pero hay un porcentaje de las encuestadas que muestran apertura para trabajar de cerca con los familiares de las pacientes. El décimo quinto reactivo, a la letra proponía lo siguiente: ¿Considera que la calidad asistencial que se brinda a pacientes con embarazo ectópico es adecuada?

Las respuestas desarrolladas para el presente reactivo fueron las siguientes:

- a) Sí.
- b) No.
- c) No lo sé.



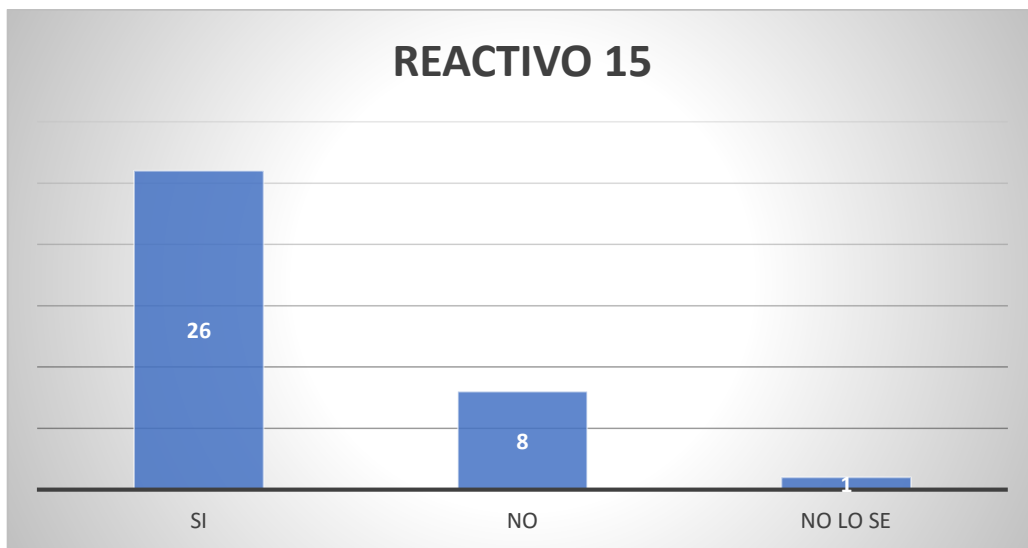


Fig. 17. Resultados del reactivo 15. Fuente: Elaboración propia (2018).

Los resultados del último reactivo dejan en claro que el personal encuestado como parte de la muestra se muestra optimistas ante la atención médica y los cuidados que proporciona el personal de enfermería, especialmente quienes trabajan en el área de ginecología y obstetricia.

Con base en los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento de trabajo se deduce que se cuentan con áreas de oportunidad que podrían ser atendidas, sobre todo con en el renglón de la profesionalización y en el de la formación permanente del personal de enfermería.

Dejando en claro que el tema del embarazo ectópico ha sido poco estudiado por los elementos de la muestra, pero hay interés por aprender más al respecto. Lo cual no quiere decir que se brinde una atención y un servicio deficiente, sino que en colaboración y bajo la guía del personal médico se busca ofrecer un servicio de calidad para todas aquellas mujeres que son diagnosticadas con embarazo ectópico.

Además, se ofrece información oportuna a las pacientes y a sus familiares a fin de que puedan elegir, previa asesoría, la mejor opción en la singularidad de cada caso, entendiendo que hay elementos comunes, pero también particularidades que deben ser consideradas oportunamente.

### **3. ANTECEDENTES**

#### **3.1. CONCEPTO DE PACIENTE**

Es relevante desarrollar el concepto de paciente a fin delimitar los alcances de este término tan utilizado en el ambiente de salud.

Para Pérez Porto y Merino (2013), el término paciente viene del latín *patiens* es decir, padecer o sufrir, de modo que el término paciente refiere es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia, es decir, la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar (Pérez Porto & Merino, 2013).

Los autores afirman el término también puede utilizarse para designar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, y que se encuentra bajo atención médica, atendiendo el conjunto de síntomas que tiene, el diagnóstico que lleva a cabo el médico correspondiente, el tratamiento, la intervención quirúrgica en el caso de que sea necesaria y finalmente el resultado (Pérez Porto & Merino, 2013).

#### **3.2. CONCEPTO DE ENFERMO**

El concepto de enfermo tiene dos referencias, bien, como sustantivo o bien como adjetivo, pero en ambos casos, en el campo de la salud humana se refiere a la persona que padece una enfermedad (Diccionario de la Lengua Española, 2014, p. 1116).

Por ejemplo, se dice que alguien está enfermo (adjetivo) o bien, aplica el medicamento a los enfermos (sustantivos).

#### **3.3. CONCEPTO DE EMBARAZO**

Según la Organización Mundial de la Salud, el embarazo se define como “los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer”, es decir, se trata para la mayoría de las mujeres de un período de gran felicidad (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Motivo por el cual, es importante que el seguimiento del embarazo debe ser realizado por personal sanitario cualificado (Organización Mundial de la Salud, 2018).

#### 3.4. CONCEPTO DE EMBARAZO ECTÓPICO

De acuerdo a la naturaleza de la presente investigación es necesario desarrollar el concepto de embarazo ectópico, a fin de adentrar al lector en uno de los conceptos básicos del tema que se desea profundizar.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), subraya que el concepto del embarazo ectópico, se define como aquel en el que el ovocito fertilizado llega a insertarse en un lugar distinto de la cavidad endometrial. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 42).

El ministerio destaca que casi el 80% de los embarazos ectópicos se encuentra en la zona ampular de la trompa, seguidos de los alojamientos que se localizan en el istmo de la trompa, las fimbrias, intersticiales o del cuerno uterino, siendo los más raros los alojados en la zona abdominal, cervical u ovárica (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 42).

Sin embargo, se destaca que puede darse el caso de una gestación heterotópica, resultando que se presenta a la vez un embarazo ectópico y otro intrauterino. La incidencia está relacionada con diversos factores, como por ejemplo el uso del Dispositivo Intrauterino (DIU) como método anticonceptivo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 42).

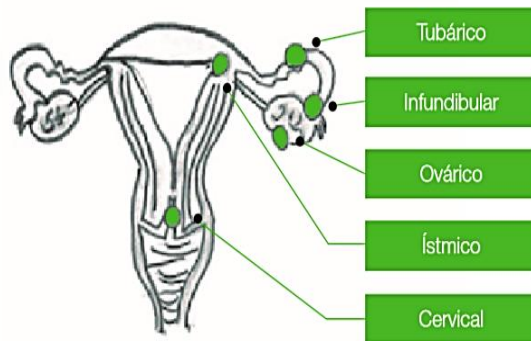


Fig. 18. Localización del embarazo ectópico. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014).

Otro elemento importante a considerar es la mejora en el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria, la cual podía provocar infertilidad y recientemente se habla de un aumento de procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la patología de las trompas de Falopio.

También es importante considerar son la mejora de las técnicas diagnósticas. Otros factores que se deben tener en cuenta son la endometriosis, la exposición de dietilestilbestrol y el uso de agentes inductores de la ovulación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 42).

### 3.5. CONCEPTO DE ENFERMERA

Según el Diccionario de la Lengua Española, define el vocablo de enfermera o el de enfermero como la “persona dedicada a la asistencia de los enfermos”, de modo que no especifica el lugar donde se brinda dicha asistencia, ni cómo se lleva a cabo dicha asistencia (Real Academia Española, 2017).

Este concepto de la Real Academia Española, no utiliza el término paciente en su definición de enfermero, o enfermera.



Fig. 19. Personal de enfermería. Fuente: Enfermería aplicable (2017).

### 3.6. CONCEPTO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA

Otro de los conceptos importantes es la definición de personal de enfermería, es decir, delimitar a que se refiere este concepto tan importante y tan elemental para el desarrollo de la presente investigación.

De acuerdo con Pérez Porto y Merino (2010), el término enfermería permite hacer referencia a distintos tipos de conceptos, todos ellos relacionados con el campo de la salud y con los sistemas sanitarios.

Por tanto, hablar de un primer concepto de enfermería, hace referencia a una dependencia o un local para enfermos o heridos, y las enfermeras y enfermeros eran los responsables de llevar a cabo dichas actividades junto con el personal médico (Pérez Porto & Merino, 2009).



Fig. 20. Localización del embarazo ectópico. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014).

Sin embargo, al profundizar y ampliar más la información sobre la noción de la enfermera o el enfermero, se descubre que el término designó con el tiempo a la persona del área de la salud cuyo oficio o profesión era atender o asistir enfermos, lesionados, heridos o a los moribundos, pero siempre lo hacían bajo la sujeción de la prescripción de un médico.

El personal de enfermería con el tiempo llegó a atender los cuidados en forma autónoma o en colaboración con el equipo médico de una entidad, llegando a estar enfocados en las personas de todas las edades cualquiera que fuera el contexto (QuéSignificado.com, 2017).

### 3.7. NOCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería, son un término relativo al servicio brindado por estos agentes de la salud, tanto en el ámbito público como en el privado, es por ello, que se considera importante detallar su noción.

Para Gardey (2014), la noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar, del latín *coidar* (Gardey, 2014).

Enfermería, por su parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado del enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo (Gardey, 2014).

De modo que los cuidados de enfermería, abarcan diversas atenciones que el personal de enfermería debe dedicar a su paciente.

Las características del paciente dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente (Gardey, 2014).

Hoy día se habla de que el trabajo del personal de enfermería se enfoca en el cuidado directo e intensivo de los enfermos, ya sea que se trate de un hospital o de un centro de salud público.

O bien, que se trate de una institución privada o inclusive en el domicilio del paciente mismo y desarrollan su actividad en una amplia gama de especialidades del área de la salud, ya sea en el quirófano, como instrumentador quirúrgico, en pediatría, en neonatología, en salud mental, en cuidados generales o en terapia intensiva, entre otras.

De modo que rol del personal de enfermería es vital para prolongar la salud o el bienestar de los enfermos, e inclusive para mejorar la calidad de vida de los mismos, supervisando el cumplimiento de las indicaciones médicas y la nutrición apropiada para cada caso concreto.

Dentro de las funciones principales del personal de enfermería se pueden encontrar algunas como las siguientes: el análisis de la presión en la sangre, las pulsaciones, el nivel de azúcar, la inyección de medicación, cuidados del catéter, la higiene y el confort del paciente además de la evolución general del enfermo desde la última visita médica y muchas funciones más.

La enfermera conoce las técnicas propias del oficio sanitario como son:

- Extracción sanguínea.
- Administración de medicación por distintas vías.

- Vacunación
- Realización de entablillados y vendajes.
- Curaciones.
- Procedimiento destinado al restablecimiento de la salud.

Además del conocimiento técnico y teórico, el personal de enfermería debe contar con una actitud muy predispuesta, una verdadera vocación, debe contar con una gran tolerancia y un alto nivel de empatía en relación con los pacientes, poniendo a disposición de los demás sus conocimientos, su compromiso y su solidaridad con gran sentido humano (QuéSignificado.com, 2017).

Así el enfoque del trabajo del enfermero se centra en la interpretación de la respuesta del organismo del paciente ante un problema de salud, contribuyendo como apoyo de los médicos y aportando para la mejora calidad de vida de la sociedad (QuéSignificado.com, 2017).

### 3.8. FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

El conocimiento de los factores de riesgo dentro del tema de embarazo ectópico, ayuda a identificar a las mujeres con alto riesgo para facilitar un diagnóstico temprano y preciso.

Cabe señalar que algunas mujeres con embarazo ectópico no tienen factores de riesgos identificables.

Sin embargo, dentro de los factores de riesgo el embarazo ectópico se encuentra el daño en las trompas de Falopio, el cual se puede presentar debido a la presencia de antecedentes de cirugía tubarical, o bien de cirugía pélvica (cesárea u ooforectomía), cirugía intestinal (apendicectomía) (Meraz & Porras, 2013, p. 9).



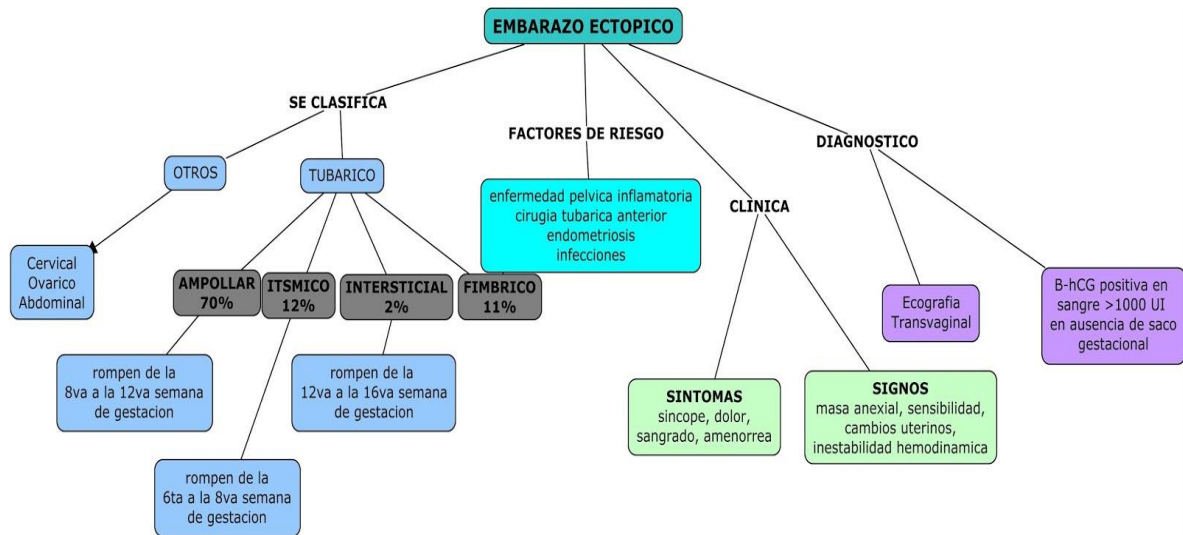


Fig. 20. Localización del embarazo ectópico. Fuente: Elaboración propia (2018).

De modo que el mecanismo de daño no se conoce ya que se ha propuesto que además de la distorsión de la arquitectura tubárica, se pueda deber a un afecto en el microambiente de la trompa.

Los indicadores de la enfermedad inflamatoria pélvica comúnmente causada por *Chlamydia trachomatis* se han llegado a relacionar con margen de un 30 a un 50% de los embarazos ectópicos.

El embarazo ectópico heterotópico es más común en las mujeres que asisten a clínica de infertilidad, incluso en ausencia de enfermedad tubárica.

Adicionalmente, se menciona que uso de reproducción asistida, incrementa la tasa de este tipo de embarazo ectópico mismos. Inclusive la fertilización in vitro se asocia con el aumento de riesgo de presentar embarazo ectópico entre un 2 a un 5% y puede ser mayor que cuando existe presencia de enfermedad tubárica.

Además, por lo regular, el primer embarazo de las pacientes sometidas a fertilización in vitro es ectópico y el segundo suele ser viable (Secretaría de Salud, 2013, p. 13).

Entre los factores de riesgo descritos están la cirugía previa tubárica que incrementa el riesgo hasta cinco veces más. Cuando se efectúa cirugía por una gestación ectópica, el riesgo de recidiva oscila entre 10 y 27%, exponiendo a las pacientes hasta 10 veces más con referencia a la población en general.

Cabe señalar que cuando una mujer ha tenido cirugía pélvica o abdominal y la cirugía no afectó las trompas de Falopio, como una cesárea, una cirugía ovárica, o bien una apendicectomía (sin rotura) e interrupción programada de un embarazo, generalmente no se incrementa el riesgo de embarazo ectópico

El riesgo de embarazo ectópico se triplica como mínimo en las mujeres con enfermedad tubárica confirmada, ocasionada por una lesión, en la mayoría de los casos, consecuencia de infecciones de transmisión sexual, entre las que la gonococia y las clamidias son las más frecuentes.

Después de una infección tubárica, el riesgo de embarazo ectópico es de alrededor cerca del 10% y llega a aumentar de forma progresiva con cada infección que se presenta posteriormente.

El riesgo de embarazo ectópico puede incrementar cinco veces más en mujeres con exposición intrauterina a dietilestilbestrol (DES).

De modo que las anomalías observadas son acortamiento y circunvolución de las trompas, o bien constricción de las franjas y quistes paratubáricos, pero se desconoce si estas anomalías guardan alguna relación directa con el incremento del riesgo de embarazo ectópico.

El riesgo de embarazo ectópico llega a duplicarse en mujeres estériles, al asociarse la esterilidad, la infección pélvica y la enfermedad tubárica, lo cual genera una explicación evidente.

A demás, los fármacos inductores de la ovulación involucran un mayor riesgo, aunque se desconoce si la responsabilidad depende de factores tubáricos coexistentes no identificados o bien de las características endocrinas alteradas de los ciclos estimulados en las pacientes.

Por otra parte, el riesgo de embarazo ectópico se duplica como mínimo en las mujeres adictas al tabaco.

El incremento es de alrededor del 50% en las mujeres exfumadoras y las que fuman, al menos 1-9 cigarrillos al día, y se eleva progresivamente cuando el consumo diario es más intenso (Guerrero Martínez, Rivas López, & Martínez Escudero, 2014, p. 30-33).

La edad precoz en el momento del primer coito y el número de parejas sexuales durante toda la vida muestran un ligero índice de mayor riesgo de embarazo ectópico, debido a la mayor probabilidad de exposición a infecciones de transmisión sexual.

La incidencia de riesgo absoluto de embarazo ectópico se reduce con todos los métodos anticonceptivos. Los anticonceptivos orales y la vasectomía se asocian con incidencia absoluta más baja de embarazo ectópico.

Los índices continúan siendo muy bajas, pero casi 60 veces mayores con la esterilización tubárica y 200 veces mayores con el dispositivo intrauterino DIU. Pero el mayor índice de embarazos ectópicos asociadas al uso del DIU sigue siendo menor de la mitad comparado con las mujeres que no utilizan medicamento de anticoncepción (Sierra García, Cejudo Álvarez, & Mondragón Chimal, 2009, p. 86).

### 3.9. EPIDEMIOLOGÍA DEL EMBARAZO ECTÓPICO

La epidemiología estudia los indicadores de propagación y reincidencia de una enfermedad en la sociedad.

Según Caraguay Guajala (2010), el 1,6% de los embarazos son ectópicos y de estos el 98% se producen en las trompas de Falopio.

Por motivos no demasiado claros, cada vez resultan más frecuentes.

Son factores de riesgo: infecciones abdominales previas (enfermedad pélvica inflamatoria), una enfermedad en la trompa de Falopio, un embarazo ectópico previo, ser portadores de dispositivos DIU, la exposición fetal al dietilestilbestrol

o una ligadura de trompas fallida (un procedimiento de esterilización en el que se corta u obstruye la trompa de Falopio), así como la endometriosis.

Por otra parte, cabe señalar que se registran menos embarazos ectópicos en mujeres de raza blanca (Caraguay Guajala, 2010, p. 17).

### 3.10. TIPOS DE EMBARAZOS ECTÓPICOS

Un embarazo ectópico se clasifica dependiendo de lugar donde se alojen exactamente los implantes fertilizados del huevo.

Algunos ejemplos de los diversos tipos de embarazo ectópico son:

#### a) Embarazo tubárico

Un embarazo tubárico ocurre cuando el huevo se ha implantado en la trompa de Falopio: Se trata del embarazo ectópico más común y la mayoría de embarazos ectópicos son tubáricos.

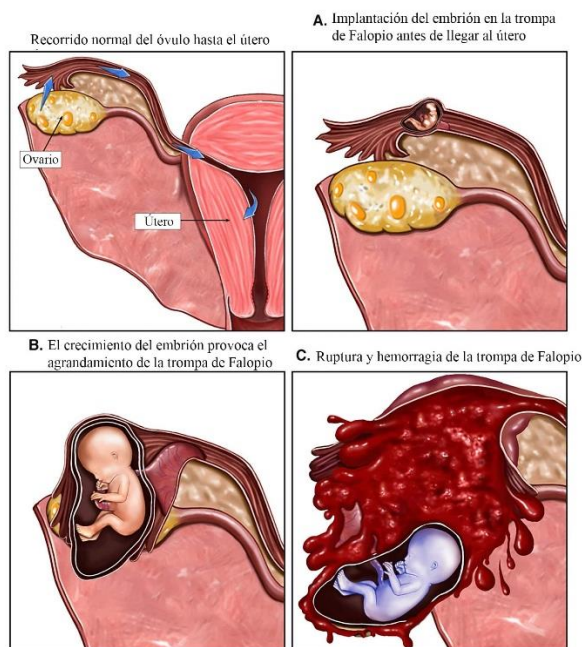


Fig. 21. Localización del embarazo ectópico. Fuente: Buena Salud (2017).

Este tipo de embarazo puede ser clasificado de acuerdo al lugar donde se aloje en el tubo de Falopio por lo que podría ser:

- Embarazo en el extremo fimbrial, este tipo de embarazo crece hacia adentro. Ordinariamente se presenta en un 5% de todos los casos.
- Embarazo ampular, este tipo de embarazo crece hacia adentro. Ordinariamente se presenta en un 80% de todos los casos.
- Embarazo en el istmo de la trompa de Falopio, este tipo de embarazo crece hacia adentro. Ordinariamente se presenta en 12% de los casos. La vasculatura creciente en esta área embarazo es más probable.
- Embarazo en la pieza cornual e intersticial del tubo de Falopio, este embarazo se considera de alta mortalidad ocasionada por la vasculatura creciente en esta área del cuerpo (Mandal, 2014).

b) Embarazo ectópico no tubárico:

Casi 2% de todos los embarazos ectópicos se establece en otras áreas incluyendo el ovario, la cerviz o bien la región intra-abdominal (Mandal, 2014).



Fig. 22. Feto de embarazo no tubárico. Fuente: Buena Salud (2017).

c) Embarazo de heterotópico:

El embarazo heterotópico se define como la coexistencia de un embarazo intrauterino con un embarazo ectópico.

La incidencia de este tipo de embarazo ha representado un cambio importante en los últimos años.

Su incidencia en la población general es de 1 en 30.000 casos y podrían aumentar de 1 a 100 casos en aquellas pacientes sometidas a tratamientos de fertilización asistida 99 (Mendivil, Padrón, Miranda, & Silva, 2011, p. 99)

#### 4. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

##### 4.1. DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico es la identificación de una situación o de un estado deseable o no. Esta definición se aplica independientemente de que la persona que hace el diagnóstico sea un profesional de la atención sanitaria, un abogado, un electricista o un mecánico.

El tema al que se refiere el diagnóstico pertenecerá a aquellas áreas en las que la persona que hace el diagnóstico posee cierto nivel de experiencia. Los abogados escriben diagnósticos referentes a elementos de la ley, el médico diagnostica estados de enfermedad y los electricistas identifican los malos funcionamientos del sistema eléctrico (Arteaga Hanao, 2015, p. 28).

##### 4.2. DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO

El diagnóstico enfermero o diagnóstico de enfermería, en el contexto de la enfermería, es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad, que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud, o el fin de la vida.

Su objetivo es identificar el estado de salud de un paciente o cliente, y los problemas relativos al cuidado de su salud (Kent Neil, 2012, p. 1975).

##### 4.3. DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Se debe sospechar de embarazo siempre que exista retraso menstrual en una mujer en edad fértil, con vida sexual activa sin uso o con empleo incorrecto de métodos anticonceptivos.

Los signos y síntomas de embarazo más frecuentes que se relacionan con el embarazo ectópico a partir de la octava semana son:

- Náuseas matutinas.
- Hipersomnias.



Fig. 23. Síntomas del embarazo ectópico. Fuente: Secretaría de Salud (2017).

- Reblandecimiento cervical.
- Cambio de coloración del introito vaginal (violáceo).
- Mastodinias.
- Polaquiuria (Cabrera Samith, Perales C., & Romero A., 2010, p. 98-100).

#### 4.4. DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN ETAPAS AVANZADAS

En etapas más avanzadas, se presentan algunos signos como como:

- Crecimiento uterino.
- Percepción de movimientos fetales.
- Auscultación del corazón fetal.

La confirmación diagnóstica se puede realizar entre las semanas 9-10 por medio de la escucha del corazón del feto con un detector (Dopphone). Además, se puede realizar mediante algún ultrasonido abdominal durante la sexta semana (Cortés Chávez, 2010, p. 9).

#### 4.5. ECOGRAFÍA DEL EMBARAZO ECTÓPICO

La ecografía es una herramienta muy útil en la evaluación de las mujeres embarazadas.

La ecografía es un método útil para el diagnóstico de embarazo ectópico. Los hallazgos ecográficos más frecuente en el embarazo ectópico son:

1. Falta de visualización del feto en la cavidad uterina. De modo que la presencia de un feto en la cavidad uterina, prácticamente excluye embarazo ectópico.



Fig. 24. Localización del embarazo ectópico. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014).



2. Presencia de sangre en la cavidad peritoneal. Este tipo de hallazgo significaría que el embarazo ectópico se ha roto y que la madre necesita cirugía inmediata para evitar complicaciones o bien, para evitar la muerte de la paciente.

3. Presencia de un útero vacío (sobre todo si el endometrio está engrosado).

4. Presencia de pseudosaco intraútero, signo del “doble halo” en trompa.

5. Visualización de saco fuera del útero (diagnóstico de certeza).

6. Doppler color positivo en los dos casos anteriores.

7. Líquido en el espacio de Douglas mayor de lo habitual.

No es común poder identificar el feto fuera de la cavidad uterina en un embarazo ectópico. Un examen pélvico por exploración física suele ser inespecífico. La movilización cervical puede ser dolorosa en el 75 % de los casos. Si existe rotura, aparece irritación peritoneal e incluso se puede dar un shock.

Como no siempre es posible la visualización del embarazo extrauterino, se considerará que éste existe siempre y cuando no se observe el embarazo intrauterino. Es decir, el objetivo de la ecografía es excluir el embarazo intrauterino.

- Abdominal: Se utiliza a partir de la 5<sup>a</sup>-6<sup>a</sup> semana.
- Vaginal: Es más sensible y específico, permite el diagnóstico precoz (Cabrera, 2015, p. 68-70).

#### 4.6. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL EMBARAZO ECTÓPICO CRÓNICO

El embarazo ectópico crónico es una entidad clínico-patológica que resulta del aborto espontáneo o es ocasionado por pequeñas rupturas de un embarazo tubárico con la consecuente respuesta inflamatoria, además de formación de adherencias y masa pélvica (Ruvalcaba L., Muñoz G., & Pérez M., 2010, p. 95).

El diagnóstico de esta patología es difícil, sobre todo cuando no hay sospecha de gestación.

No existen datos patognomónicos preoperatorios en estudios de imagen como el ultrasonograma (USG) trans-abdominal, vaginal con o sin Doppler color, debido a que el patrón ecográfico es similar a la enfermedad pélvica inflamatoria, endometrioma, leiomioma, quiste complejo de ovario y otras neoplasias de ovario (Ruvalcaba L., Muñoz G., & Pérez M., 2010, p. 95-96).

La detección sérica de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -HGC) no siempre es positiva. El diagnóstico final se realiza durante la cirugía o después de ella, mediante el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica con la identificación de vellosidades corionicas.

En pacientes sin sospecha preoperatoria de embarazo ectópico crónico, la cirugía electiva se realiza en el 70% de los casos. El objetivo de este apartado es presentar el caso de una paciente con embarazo ectópico crónico abordada como masa anexial con diagnóstico preoperatorio y trans-quirúrgico de tumor ovárico germinal mixto (Escobar Padilla, Pérez López, & Martínez Puon, Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico, 2017, p. 276-277).

Algunas de las características de embarazo ectópico crónico son:

- Se le conoce como el gran simulador de la ginecología.
- El dolor es el síntoma más importante.
- El sangrado vaginal es muy frecuente.
- Los síntomas pueden aparecer antes de la primera falta de menstruación.
- Cuando el embarazo se rompe, la paciente presenta un cuadro de síncope relacionado con hipotensión por sangramiento intra-abdominal
- En caso de que el sangrado sea lento y prolongado, la anemia dominará el cuadro.
- Si la trompa y el producto de la concepción se necrosan, puede infectarse y entonces se genera una impresión clínica similar a la de un proceso pélvico

inflamatorio (Escobar Padilla, Pérez López, & Martínez Puon, Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico, 2017, p. 5-8).

De lo anterior se deduce que no sencillo detectar un embarazo ectópico a la primera y que se requiere hacer estudios comprobatorios que descarte cualquier otra enfermedad, por lo que se debe acceder a un diagnóstico diferencial para tener la certeza positiva o negativa de la presencia de embarazo ectópico crónico.

#### 4.7. TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

El tratamiento del embarazo ectópico dependerá en gran medida del estado hemodinámico de la paciente.

Por lo cual, se habla de varios tipos de tratamiento del embarazo ectópico, tales como tratamiento quirúrgico, tratamiento médico o bien tratamiento con base en una actitud expectante (Delgado Quiñonez, 2014, p. 47).

#### 4.8. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Este tratamiento se realiza con base al grado de sangrado, estabilidad hemodinámica, extensión de la trompa y el deseo de fertilidad posterior.

Pero también se tienen que evaluar la necesidad de utilizar laparoscopia para diagnosticar el embarazo ectópico, o bien para confirmar la rotura o para descartar la sospecha de rotura a fin de no incluirla dentro de los criterios del tratamiento médico (Plascencia Villanueva & Karam Toumeh, 2010, p. 46).

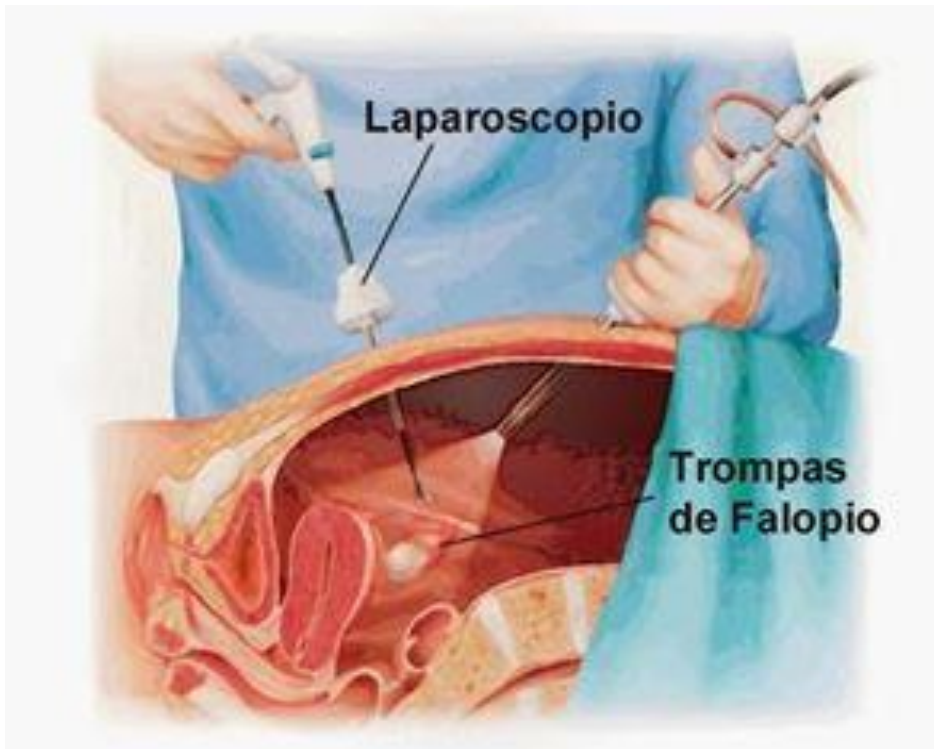


Fig. 25. Laparoscopia. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014).

Anteriormente se trataba de un tratamiento de elección, ya que ofrecía resolver el problema de forma definitiva. Hoy en día, muchos pacientes prefieren el tratamiento médico.

Se puede realizar por laparotomía o laparoscopia, pero es esta última vía la de elección posible a la cual tienen acceso los pacientes y que se ha comprobado por medio de la laparoscopia se tienen menores tasas de morbilidad, se genera una mayor rapidez de recuperación, igual tasa de gestación posterior y menos embarazos ectópicos posteriores (Altunaga Palacio, Rodríguez Morales, & Lugones Botell, 2011, p. 514-517).

Dentro de las técnicas quirúrgicas que se utilizan están:

- Salpingostomía: Se trata de una incisión de la trompa creando una nueva apertura. Cuando son pequeños y en la zona distal de la trompa o cuando la otra

trompa sea anómala o esté ausente. En casos como este es necesario control de  $\beta$ -HGC semanal hasta alcanzar cifras normales.

- Salpingectomía: Se trata de la extirpación completa de la trompa. Cuando son demasiado grandes o en recurrentes en la misma trompa. Recomendado en rotura tubárica con shock hipovolémico.
- Salpingectomía parcial: Se trata de la extirpación de la parte de la trompa implicada.
- Evacuación de las fimbrias: Se refiere a la extracción del saco fuera del extremo final de las fimbrias: Actualmente no recomendado.
- Resección del cuerno uterino (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 46).

#### 4.9. TRATAMIENTO MÉDICO

Este tratamiento se realiza con metotrexato sistémico, se trata de un análogo del ácido fólico, el cual inhibe la deshidrofolato-reductasa y la síntesis de ADN.

Se utiliza en el embarazo ectópico, siendo tan efectivo como el tratamiento. Es un tratamiento que actúa rápidamente en las células en división. Su uso está limitado por los efectos colaterales, por la dosis y el tiempo de manera dependiente (leucopenia grave, aplasia de la médula ósea, trombocitopenia, estomatitis aftosa, diarrea, necrosis hepática y enteritis hemorrágica).

Antes del tratamiento es necesario contar con un recuento de plaquetas, leucocitos, función hepática y renal, conocer el grupo y Rh, perfil HCG los días 4 y 7.



Fig. 26. Tratamiento médico. Fuente: Wikipedi (2018).

Los criterios de exclusión para el uso de este medicamento son: enfermedad previa grave (ya sea renal o hepática), anormalidad en el hemograma, contraindicación del fármaco, en tratamiento con AINES o diuréticos, si no desea o no se garantiza el control posterior al tratamiento, embarazo heterotópico (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 46).

Existen dos tipos habituales de pautas de administración:

- Metotrexato intramuscular, dosis única (50 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal). Es el más usado. Los niveles de  $\beta$ -HCG serán más altos que el día 1, pero si los del día 7 son menores que los del día 4, es conveniente volver a tomar los niveles semanales hasta que se negativice. Si no fuera así, se debe volver a administrar una segunda dosis de metotrexato.
- Metotrexato intramuscular, dosis múltiples (1 mg/kg). Se administra en los días 1, 3, 5 y en los días 7 y 4 en dosis de rescate de ácido folínico IM (0.1 mg/kg), mientras que los días 2, 4, 6 y 8, se deben realizar los controles desde el día 4, especialmente si se suspende el tratamiento cuando existe disminución de los valores en dos días consecutivos después de las 4 dosis de metotrexato.

Cabe señalar que a pesar de no existen estudios que comparen directamente ambas pautas se ha llegado a determinar que el tratamiento a dosis múltiples es más eficaz, pero genera más efectos secundarios.

- Metotrexato intramuscular (10 mg). Este medicamento precisa la utilización de una guía ecográfica o laparoscópica. Se trata de un medicamento poco utilizado (Águila Setién, y otros, 2013, p. 33-36).

Cabe destacar que los criterios de la elección del metotrexato como tratamiento para el embarazo ectópico son:

- Paciente hemodinámicamente estable.
- No signos de rotura.
- Niveles de  $\beta$ -HCG inferior a 5.000-10.000 mUI/ml (menos de 5.000 existe un 90% de éxito, más de 10.000 la probabilidad es inferior a 82 %).
- Ecografía transvaginal demuestra embarazo ectópico no roto de menos de 4 cm de diámetro.
- Deseo de fertilidad futura. Los efectos secundarios son dolor abdominal (60-75%), dispepsia, náuseas, vómitos, diarrea, estomatitis, y otros muy raros (aplasia medular, afectación hepática o renal, alopecia y fotosensibilidad) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 47).

#### 4.10. ACTITUD EXPECTANTE

En un rango del 45-60 % de los casos, el embarazo ectópico se puede llegar a resolver espontáneamente, sin exponer la salud de la paciente.

Por lo tanto, se puede optar por una actitud expectante en mujeres hemodinámicamente estables con cifras de HCG < 15.000 mUI/ml, con un descenso y con una localización no conocida.



Fig. 27. Actitud Expectante. Fuente: Wikihow (2018).

Tras ser informada adecuadamente a la gestante, se le dará cita para seguimiento a las 48-72 horas. Se deberá plantear un tratamiento diferente si las cifras de HCG aumentan o se mantienen (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 47



## 5.MEDIOS PREVENTIVOS DEL EMBARAZO ECTÓPICO

### 5.1. DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN

Uno de los aspectos fundamentales del desarrollo de un marco de prevención consiste en saber entender exactamente lo que significa la prevención en contextos humanitarios.

La definición de prevención más común que se utiliza en la literatura sobre desarrollo proviene del sector de la salud pública.

De acuerdo con el modelo de la salud pública, existen distintas fases de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, que expresan los momentos en los que la intervención repercute en un problema concreto.

Estas son:

- La prevención primaria, son las técnicas que se aplican antes de que se produzca la violencia.
- La prevención secundaria, son las respuestas que se proporcionan después de producirse la violencia, como respuestas inmediatas para mitigar sus consecuencias a corto plazo.
- La prevención terciaria, son las respuestas a largo plazo “para hacer frente a las consecuencias duraderas de la violencia y abordar las acciones de tratamiento de los agresores” (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y Empoderamiento de las Mujeres, 2012).

### 5.2. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Es probable que la mayoría de las formas de embarazos ectópicos que ocurren por fuera de las trompas de Falopio no sean prevenibles.

Sin embargo, los embarazos tubáricos, que son el tipo más común de embarazo ectópico, pueden en algunos casos prevenirse, evitando afecciones que podrían ocasionar cicatrización en las trompas de Falopio (De la Rosa, 2018).

Según Alana et al. (2010), afirman que el embarazo ectópico está alcanzando las dimensiones de una importante epidemia.

Como en las demás epidemias, los médicos tienen el deber proporcionar una atención efectiva y oportuna a las mujeres afectadas.



Fig. 28. Actitud Expectante. Fuente: Wikipedi (2018).

Una vez que se han identificado los factores que influyen en su propagación, se deben establecer las medidas preventivas apropiadas para la erradicación, ya que, de propagarse, amenaza la vida y la fertilidad de las mujeres embarazadas (Alana & Arancibia Ulloa, 2016, p. 57).

Es probable que la mayoría de las formas de embarazos ectópicos que ocurren fuera de las trompas de Falopio no sean prevenibles.

Por otra parte, los embarazos tubáricos, que como ya se ha mencionado, son el tipo más común de embarazo ectópico, pueden en algunos casos prevenirse, evitando aquellos trastornos que podrían ocasionar cicatrización en las trompas

de Falopio. Lo cual puede reducir el riesgo de un embarazo tubárico (Galán Castellanos, 2010, p. 42).

Evitar los factores de riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica como la promiscuidad, las relaciones sexuales sin preservativos y las enfermedades de transmisión sexual son alternativas de prevención.

Acudir al control prenatal o control ginecológico con regularidad, también permita detectar con tiempo cualquier cambio, inflamación o enfermedad de transmisión sexual (Lagos Cereceda & Navarro Genta, 2012, p. 26).

### 5.3. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Varios factores han alterado la importancia relativa de los factores de riesgo. La prevención de las infecciones de transmisión sexual relacionadas con la EPI y sus secuelas puede contribuir a disminuir la incidencia del ectópico.

Así mismo, se podría esperar que un diagnóstico temprano de las infecciones pélvicas y una terapia antibiótica más efectiva reduzca el daño tubárico.

Las pacientes en tratamientos de infertilidad pertenecen a grupos de riesgo, deben ser advertidas, requieren vigilancia especial y considerar tempranamente la posibilidad del ectópico para poder llevar a cabo tratamientos conservativos y evitar las complicaciones (Cañete Palomo, 2013, p. 51).

Por otro lado, parece haber una asociación entre un número mayor de embriones implantados y la estimulación ovárica con el embarazo heterotópico, por lo que estas pacientes requieren también monitorización más estrecha.

Todas las pacientes con sospecha de ectópico deben ser manejadas en instituciones de salud con recursos adecuados para la complejidad de la patología.

En toda atención prestada en la gestante se debe establecer el riesgo y registrarse en la historia clínica, así como explicar y anotar en la historia clínica y en el registro prenatal de los signos y síntomas que debe tener en cuenta la madre para acudir de forma inmediata a valoración médica o al servicio de urgencias, los cuales igualmente serán registrados e informados a la paciente de

acuerdo al nivel de complejidad (Barnhart, Gosman, Ashby, & Margin, 2013, p. 778-779).

#### 5.4. REDUCCIÓN DE RIESGO

Se considera apremiante evitar factores que podrían llevar a una inflamación pélvica, por ejemplo, se habla de tener múltiples compañeros sexuales, tener relaciones sexuales sin condón y contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS). Asimismo, el organismo médico enfatiza que de ser diagnosticadas estas enfermedades, se requiere someterse a tratamiento y dejar de fumar (De la Rosa, 2018). Para la reducción de factores de riesgo se debe tener conciencia de cuáles son los factores que aumentan el riesgo a fin de irlos identificando y erradicando o al menos, monitorearlos adecuadamente (Chirino Acosta, Sarmiento Vitón, González Linares, Cabrera Rumayor, & Soto Páez, 2015, p. 542).

#### 5.5. FACTORES QUE AUMENTAN MUCHO EL RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Dentro de los factores que aumentan mucho el riesgo se enlistan los siguientes:

- Inflamación o infección de la trompa de Falopio (salpingitis).
- Lesión estructural de la trompa de Falopio por inflamaciones previas.

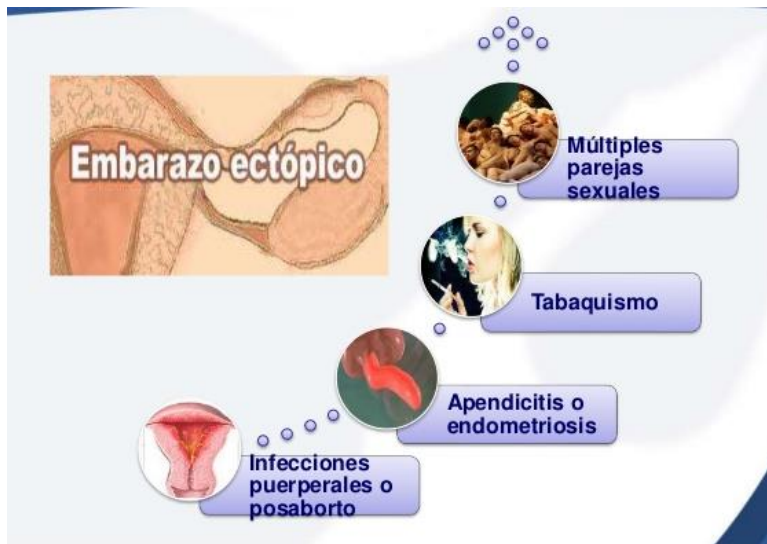


Fig. 29. Factores que aumentan el riesgo de embarazo ectópico. Fuente: Bienestar.org (2018).

- Cirugía previa de las trompas.
- Fallas de la ligadura de trompa.
- Episodio de embarazo ectópico previo.
- Uso de DIU (el DIU rara vez falla, pero cuando esto ocurre, el riesgo de embarazo tubárico se incrementa) (Loeches Fernández, Moreno Arquero, & Álvarez Tapia, 2014, p. 62-63).

#### 5.6. FACTORES QUE AUMENTAN MODERADAMENTE EL RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Dentro de los factores que aumentan moderadamente el riesgo se enumeran los siguientes:

- Tabaquismo.
- Embarazo con tratamiento de infertilidad.
- Infección ginecológica previa por clamidia o gonorrea.
- Cuadro previo de enfermedad pélvica inflamatoria.
- Historia de múltiples parejas sexuales (Lorenzo Paz, 2017, p. 46-47).

#### 5.7. FACTORES QUE AUMENTAN LIGERAMENTE EL RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Dentro de los factores que aumentan ligeramente el riesgo se pueden mencionar los siguientes:

- Cirugía abdominal o pélvica previa.
- Costumbre de usar ducha vaginal.
- Embarazo antes de los 18 años de edad (Pinheiro, 2018).

#### 5.8. CONSIDERACIÓN ÉTICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico supone, en muchos casos, una situación de conflicto vital para la madre y su hijo. En otros se resuelve por sí mismo, haciendo innecesaria cualquier intervención.

Todas las intervenciones directamente dirigidas a provocar la muerte del embrión, aunque pretendan justificarse con el fin de proteger a la madre, son rechazables éticamente, salvo en el caso de existencia de riesgo vital inminente para la madre y ausencia de otras alternativas terapéuticas.

Un fin lícito, en este caso curar a la madre, no justifica un medio ilícito, provocar directamente la muerte de su hijo (Tudela Cuenca, Aznar Lucena, & Casanova Mayordomo, 2015, p. 97).

La investigación científica en el área de las ciencias de la salud ha conducido a resultados muy beneficiosos para el progreso de las diferentes disciplinas de la medicina, por lo que es un deber ser consciente en la opinión ética de los pacientes ante los procesos de prevención y tratamiento del embarazo ectópico.

En este renglón aparecen elementos como la postura ética, moral o bien religiosa de los pacientes, de modo que es importante informar ampliamente sobre las expectativas de cada caso a fin de que los pacientes se sientan integralmente orientados (Durán Acero & Moreno Moreno, 2014, p. 52).

Se cuenta con una Norma la cual va dirigida a la atención de pacientes con embarazo ectópico.

Norma técnica número 36 para la atención del embarazo, parto y puerperio normal y del complicado por toxemia, hemorragia e infección en la atención primaria a la salud. Capítulo II: Atención del Embarazo, Parto y Puerperio Normal.

Embarazo.

Capítulo IV: Atención del Embarazo, Parto y Puerperio Complicado por Hemorragia

Embarazo

En los siguientes artículos del capítulo IV menciona lo siguiente:

Artículo 27. La atención del embarazo complicado por hemorragia implica el diagnóstico y el control.

Artículo 28. El embarazo complicado por hemorragia se clasifica de acuerdo a su causa de la manera siguiente:

- Aborto
- Embarazo ectópico

- Embarazo molar
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Placenta previa.

Artículo 29. Aborto es la interrupción del embarazo antes de las 21 semanas y de acuerdo a su evolución se clasifica de la manera siguiente:

- Amenaza de aborto
- Aborto inminente o en evolución
- Aborto inevitable
- Aborto incompleto
- Aborto diferido

Artículo 30. El diagnóstico de aborto de acuerdo a su evolución se lleva a cabo con los datos siguientes:

- Sangrado por vía vaginal que puede producir hipovolemia
- Contractilidad uterina dolorosa

Amenaza de aborto:

- Cuello uterino sin modificaciones

Aborto inminente o en evolución:

- Dilatación y borramiento del cuello

Aborto inevitable:

- Ruptura de membranas

Aborto incompleto:

- Expulsión parcial del producto o sus anexos,

Aborto diferido:

- Producto muerto y retenido, con o sin sangrado y dolor.

**Artículo 31.** Embarazo ectópico es cuando la implantación del huevo se efectúa fuera de la cavidad uterina; el diagnóstico se lleva a cabo con los datos siguientes:

- Dolor en fosa iliaca, intenso, de aparición súbita,
  - Estado de choque,
  - Cuello uterino sin modificaciones que al moverlo exacerba el dolor,
  - Fondos de saco vaginales ocupados y dolorosos y
  - Presencia o no de sangrado por vía vaginal.
- Artículo 32. Embarazo molar es la degeneración quística del trofoblasto; el diagnóstico se lleva a cabo con los datos siguientes:
- Gestación menor de 21 semanas
  - Sangrado por vía vaginal que puede producir hipovolemia
  - Hiperémesis
  - Altura del fondo uterino generalmente mayor a la edad gestacional
  - Ausencia de partes fetales
  - Expulsión de vesículas por vía vaginal
  - Gonadotropina coriónica excesivamente elevada
- Artículo 33. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es el que se presenta cuando el producto aún se encuentra en el útero; el diagnóstico se lleva a cabo con los datos siguientes:
- Embarazo mayor de 20 semanas
  - Antecedente de hipertensión arterial o traumatismo abdominal
  - Sangrado por la vía vaginal que puede producir hipovolemia
  - Dolor abdominal intenso
  - Polisistolia e hipertonia uterina
  - Sufrimiento o muerte fetal

Artículo 34. Placenta previa es cuando ésta, se inserta en las porciones inferiores del útero; el diagnóstico se lleva a cabo con los datos siguientes:

- Embarazo mayor de 20 semanas



- Sangrado por vía vaginal que puede producir hipovolemia
- Ausencia de dolor abdominal, hipertonía uterina y polisistolia
- Sufrimiento o muerte fetal

No llevar a cabo tacto vaginal.

Artículo 35. El control del embarazo complicado por hemorragia se lleva a cabo de la manera siguiente:

- Aborto:

Amenaza de aborto

- Reposo en cama hasta que ceda el sangrado
- Verificar vitalidad ovular por gonadotrofina coriónica
- No administrar progestágenos
- Al ceder el sangrado continuar el control del embarazo como se indica en el Capítulo II de esta norma técnica.

Las gestantes con otras formas evolutivas del aborto y con las otras complicaciones hemorrágicas del embarazo, se refieren a una unidad hospitalaria, previa corrección de la hipovolemia mediante la administración de líquidos parenterales, expansores del plasma o sangre. De aquí partirán las complicaciones que existen y cada uno de los cuidados que deberá de recibir la puérpera o usuaria.

#### 5.9. NECESIDAD DE TERAPIA PSICOLÓGICA A CAUSA DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Comprende que tus sentimientos son naturales. Un embarazo ectópico es una experiencia física y emocionalmente agotadora.

Hay varias razones por las que la paciente podría sentirte enojada, preocupada o triste.

Se debe saber que estos sentimientos son naturales y que nada anda “mal” en ella. No hay una forma “correcta” o “incorrecta” de sentirse. Además, se debe considerar que:

- El equilibrio hormonal de su cuerpo ha estado en un cambio constante. Esto puede conducir a síntomas depresivos. También puede ocasionar síntomas como palpitaciones, agitación y mareos.
- Aunque su cuerpo no puede llevar un embarazo ectópico a término, puede ser devastador enterarse de que su embarazo debe interrumpirse.
- Las pacientes pueden estar preocupadas por su salud y su capacidad para tener otro embarazo.
- Las pacientes se pueden culpar o sentirse culpable. Las pacientes deben saber que los embarazos ectópicos no son culpa suya.
- Recuperarse de una cirugía mayor puede ocasionar un mayor estrés a sus emociones (Escobar Vidarte, y otros, 2017, p. 21).

El hospital podría referir a terapeutas con capacitación especial en problemas relacionados con el embarazo.

Perder un embarazo y tener una cirugía mayor son experiencias que es posible que sean útiles discutir con un profesional de la salud mental. Por lo cual se debe tener en consideración lo siguiente:

- También es posible que se quiera involucrar a la pareja en la terapia. Algunas personas pueden tener dificultades para expresar sus sentimientos y asistir a terapia juntos puede ayudarlos a ambos a superar estos momentos difíciles.
- Es un mito común que los hombres no lloran la pérdida de un embarazo. Sin embargo, las investigaciones sugieren que esto no es verdad.

Los hombres pueden expresar el dolor de forma diferente a las mujeres, pero también pueden experimentar ira o depresión después de que sus parejas pierdan un embarazo.

Otra alternativa para que las pacientes no se sientan solas es acudir a grupos de apoyo en donde puedan hablar con otras personas que hayan tenido

experiencias similares, lo cual ayuda a procesar los sentimientos (WikiHow, 2015).

#### 5.10. APOYO DE AMIGOS Y FAMILIARES

No hay nada que diga que se deba hablar si no se quiere. Sin embargo, se puede encontrar que ayuda obtener apoyo de aquellos familiares y amigos que sean más cercanos a la paciente. Buscar amigos o familiares que no tengan miedo de reconocer la pérdida y proporciona apoyo necesario para superar estos momentos difíciles.

Las cuatro etapas del duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida: cuando alguien muere, en este caso cuando se tiene una pérdida en el embarazo.
- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida: no todo el dolor con la misma intensidad ni de la misma forma.
- Adaptarse a un medio en el que fallecido esta ausente: cuesta un periodo de tiempo darse cuenta de como se vive sin la persona que han perdido.
- Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo: la disponibilidad de n superviviente para emezar nuevas relaciones depende de no renunciar a la persona fallecida sino de encontrar un lugar apropiado en su vida psicologica.

El duelo termina cuando la persona ya no necesita reactivar el recuerdo de quien han perdido con una ntensidad exagerada en el curso de la vida diaria, en este punto la persona sera capaz de pensar en la pérdida que tuvo, sin dolor.

## 6. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PARA EL EMBARAZO ECTÓPICO

### 6.1. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Si se llegara a tener sospecha clínicamente de la presencia de un embarazo ectópico.

Es importante asegurar las condiciones para traslado de la paciente a un hospital y que llegue en condiciones óptimas para ser intervenida quirúrgicamente, de acuerdo a la gravedad del caso, por lo que se recomienda que un médico acompañe a la paciente en su traslado (Espinoza Reyes & García Hernández, 2011, p. 16).

### 6.2. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, MANEJO HOSPITALARIO

Es importante seguir los siguientes pasos:

Manejo hospitalario completo:

- Hospitalización inmediata.
- Canalización con bránula número 16 o de mayor calibre. Es importante valorar el estado hemodinámico para determinar la canalización con una o con dos bránulas.
- Hemoglobina, hematocrito, grupo y Rh, pruebas cruzas con 500-1000 ml de sangre total o paquete globular.
- Control de signos vitales cada 15 min.
- Administrar solución salina normal 0.9% 1000 ml o lactato de ringer a goteo rápido.
- Colocar sonda vesical Foley número 18 para cuantificar la diuresis.
- Mejorar hemodinámicamente a la paciente antes de la intervención quirúrgica en los casos que sea posible.
- En dependencia del estado hemodinámico y el estado general de la paciente se debe administrar paquete globular o sangre previas pruebas de compatibilidad sanguínea.

- Intervenir quirúrgicamente de inmediato ya que la hemorragia compromete la vida de la paciente.
- En todos los casos en que haya hemorragia que comprometa la vida de la paciente, realizar tratamiento quirúrgico de inmediato (laparotomía exploradora).
- No esperar a que llegue la sangre antes de realizar la operación.
- En cualquier circunstancia operar con rapidez y realizar ligadura de los vasos sangrante, que es lo que constituirá el tratamiento definitivo (Espinoza Reyes & García Hernández, 2011, p. 16-17).

Durante la intervención quirúrgica

- Cuando se trate de embarazo ectópico roto (conservado). Si hay poco daño a la trompa, se debe realizar una salpingostomía.
- Se debe tener en cuenta que los productos de la concepción se pueden eliminar conservando la integridad de la trompa, sobre todo cuando se desea preservar la fertilidad, en caso contrario es conveniente practicar la salpingectomía parcial o total.
- Cuando se tratará de un embarazo ectópico roto, si hay daño extensor de las trompas se debe realizar una salpingectomía, haciendo la extirpación de la trompa que sangra, junto con el producto de la concepción (Fernández Cantón, Gutiérrez Trujillo, & Viguri Uribe, 2012, p. 31).

### 6.3. PUNCIÓN ABDOMINAL (PARACENTESIS), CULDOCENTESIS

Dentro de los procedimientos quirúrgicos para el diagnóstico y los procesos quirúrgicos terapéuticos para el embarazo ectópico, se encuentran los siguientes:

- Punción abdominal (paracentesis).
- Culdocentesis.

En este procedimiento, si se obtiene sangre sin coagular, el diagnóstico del embarazo ectópico roto es positivo (Frescina, De Mucio, Ortiz, & Jarquin, 2012, p. 82).

#### 6.4. AMEU DIAGNÓSTICO

AMEU diagnóstico refiere a un procedimiento que es útil si la anatomía patológica de la paciente reporta reacción decidua compatible con embarazo.

Se trata de un proceso poco usado, dada la urgencia

#### 6.5. LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA

Si se cuenta con los medios y la experiencia, se puede realizar este procedimiento de preferencia, por ser diagnóstico, curativo y porque disminuye la morbimortalidad y la estancia hospitalaria (Fernández Arenas, 2010, p. 97).

#### 6.6. LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

Esta es otra alternativa de atención a mujeres con embarazo ectópico. Para llevarla a cabo se requiere:

- Bajo nivel de anestesia general a fin de poder practicar una incisión media supraumbilical o Pfannenstiel, según el estado hemodinámico y la experiencia que se tenga.

- Evacuación del hemoperitoneo y detención del sangrado activo.

- Se debe practicar la salpingostomía o salpingectomía parcial o total en dependencia de la porción de trompa comprometida con el embarazo ectópico y con la necesidad de conservar la fertilidad. Si hay daño extensor de la trompa se debe aplicar la salpingectomía total.

- Evaluación de la paridad, si se considera que la situación está satisfecha se debe realizar oclusión tubárica de la otra trompa, con fines de esterilización.

- En los casos que se desee conservar la fertilidad, se ha de realizar tratamiento conservador, practicando salpingostomía lineal, extracción de producto y anexos, practicando hemostasia y restituir la integridad de la trompa.

- Se debe practicar el lavado peritoneal con solución salina normal tibia al 0.9% al término de la cirugía (Gómez Marcos, y otros, 2015, p. 23-25).

## 6.7. HISTERECTOMÍA

Este procedimiento es utilizado en caso de daño extensor del útero, el cual, generalmente se presenta en las localizaciones cornuales o cervicales en donde se produce el estallido del útero.

Este procedimiento puede presentar algunas complicaciones, tales como:

- Aborto tubárico.
- Rotura de la trompa (la más común y la de mayor gravedad por la hemorragia intensa con que se presenta).
- Rotura del útero en dependencia de la localización del embarazo ectópico (intersticial, corneal o cervical).
- Anemia aguda.
- Shock hipovolémico.
- Muerte (Hospital Universidad del Norte, 2015, p. 30).

## 6.8. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Dentro de los criterios de hospitalización, se indica que ante la sospecha clínica o diagnóstica de embarazo ectópico en cualquiera de sus formas clínicas se debe referir de inmediato y con carácter de urgencia al hospital que cuente con capacidad resolutive para el caso.

Para el control y el seguimiento se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Orientaciones sobre cuidados e higiene de cicatriz postquirúrgica.
- Orientaciones y sugerencias a la paciente sobre el pronóstico de fecundidad dado el mayor riesgo de un embarazo ectópico futuro.
- Consejería sobre planificación familiar y proveerles a los pacientes el método que la paciente seleccione.
- Corregir anemia con sulfato ferroso.
- Vacuna de control a las cuatro semanas posteriores al ingreso.
- Criterios de alta médica.
- Recuperación postoperatoria y anestésica.

- Reposición de sangre perdida.
- Estabilidad hemodinámica y del estado general de la paciente.
- Lograr que no se den signos de infección (Espinoza Reyes & García Hernández, 2011, p. 17-19).

#### 6.9. ADVERTENCIAS SOBRE EL EMBARAZO ECTÓPICO

Más de la mitad de las mujeres que tienen un embarazo ectópico pueden tener un embarazo saludable más adelante.

Algunos estudios sugieren que hasta el 85 % de mujeres que quieren salir embarazadas puede concebir en el espacio de dos años después de un embarazo ectópico.

Un embarazo ectópico sí reduce las posibilidades de volver a salir embarazada e incrementa el riesgo de tener otro embarazo ectópico

Un embarazo ectópico puede ser un problema médico que ponga en riesgo la vida. Sin embargo, no puede convertirse en un feto saludable. Por lo cual se debe buscar tratamiento.

Si una paciente está embarazada y tiene dolor abdominal, mareos, debilidad, diarrea u orina o movimientos intestinales dolorosos, busca atención médica inmediatamente (Gómez Marcos M. Á., 2013, p. 27).

#### 6.10. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA EL EMBARAZO ECTÓPICO

Es importante que las pacientes que serán sometidas a algún tratamiento quirúrgico a causa de un embarazo ectópico deban ser informadas con puntualidad sobre el tratamiento al que serán sometidas y que firmen ellas o algún familiar directamente responsable un formato consentimiento informado como el que se muestra a continuación:



<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

**IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Hasta hace poco era considerado como el tratamiento standard en el embarazo ectópico, dado que resuelve el problema definitivamente y es, además, más eficiente que otros tratamientos por vía laparoscópica. Siempre que sea posible, la vía laparoscópica es preferible a la laparotomía.

Con independencia de la vía de abordaje existen dos opciones terapéuticas:

1. **Salpingostomía** (apertura de la trompa, sin su extirpación).

Puede realizarse por laparoscopia o por laparotomía. En un 6% de las pacientes no desaparece el embarazo tras la cirugía y necesita de otro tratamiento. No siempre se puede realizar de esta técnica, valorándose su realización durante el acto quirúrgico. La permeabilidad de la trompa es del 76%.

2. **Salpinguectomía** (extirpación de la trompa).

Tratamiento obligatorio en ocasiones, dado que no existe otra posibilidad terapéutica, puede realizarse por laparoscopia o laparotomía. La tasa de éxito es del 100%, aunque impide un futuro embarazo por medio de esa trompa.

**OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

Solución definitiva del Embarazo Ectópico y evitar las posibles complicaciones de su ruptura.

**ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO**

Actitud expectante versus Tratamiento Médico.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

Solución definitiva del proceso a tratar.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

La posibilidad de no controlar la evolución de la gestación con la consecuente aparición de complicaciones.

**RIESGOS FRECUENTES**

1. **Intraoperatorios**
  - Hemorragias.
2. **Postoperatorios:**
  - Seromas.
  - Hemorragias.
  - Cistitis.
  - Irritación frénica.
  - Anemia.

**RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

1. **Intraoperatorias**: Lesión de órganos pélvicos vecinos, quemaduras producidas por bisturí eléctrico...
2. **Postoperatorias**: Eventración, apnea, trombosis, hematomas, pelvi-peritonitis, hemorragias, perforaciones de órganos huecos tardíos.

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

Además de los riesgos anteriormente citados cada paciente presenta un riesgo añadido por la/s enfermedad/es que puede presentar en el momento de la intervención.

**CONTRAINDICACIONES**

No existe ninguna contraindicación absoluta para la realización de este procedimiento.

<b>PACIENTE</b>			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/Dª</b>			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

Fig. 31. Ejemplo de formato consentimiento informado de intervención quirúrgica por embarazo ectópico. Hospital General de Ciudad Real en La Mancha, España (2016).

## 7. CUIDADOS EN PACIENTES QUE HAN PRESENTADO EMBARAZO ECTÓPICO

### 7.1. COMPRENDER LAS OPCIONES

La elección de tratar el embarazo ectópico dependerá del estado de salud, la ubicación del embarazo ectópico y la extensión del daño existente a los órganos reproductivos.

Algunos embarazos ectópicos son eliminados por el cuerpo de la mujer. Si el embarazo ectópico está en una etapa muy temprana y no se presentan síntomas negativos, el doctor puede recomendar el “manejo expectante” o el “monitoreo activo”.

Con este proceso, se da un espera aproximada de un mes, con una supervisión frecuente del doctor, para ver si el cuerpo puede resolver el embarazo ectópico sin un tratamiento adicional (Ministerio de Salud Panamá, 2015).

En general, este enfoque sólo tiene sentido cuando los niveles de gonadotropina coriónica humana, una hormona que se produce durante el embarazo, son bajos y están bajando o cuando no se tienen síntomas.

Si el embarazo ectópico se diagnosticó muy temprano y no se tiene sangrado interno, el doctor puede sugerir una inyección de metotrexato.

El metotrexato detiene el crecimiento de las células de división rápida, incluyendo el tejido del embarazo (por lo que es importante descartar un embarazo normal) (Instituto de Gestión Sanitaria, 2017, p. 88).

Quizá pueden requerirse un par de inyecciones para que este método funcione a cabalidad.

Por su parte la salpingostomía laparoscópica es un procedimiento que retira el tejido del embarazo, sin retirar ninguna parte de la trompa de Falopio. Este tratamiento generalmente es apropiado para los embarazos ectópicos en etapas tempranas, cuando la trompa de Falopio no se ha roto.

La mayoría de los tratamientos quirúrgicos para los embarazos ectópicos usan la laparoscopia, la cual se realiza bajo anestesia general e involucra usar un pequeño tubo con una cámara y una luz que se introduce a través de una pequeña incisión (Plascencia Villanueva & Karam Toumeh, 2010, p. 19-23).

La salpingectomía total puede ser necesaria si la trompa de Falopio está muy dañada, si se tiene un sangrado muy intenso o en el caso de un embarazo ectópico grande. En una salpingectomía total, se retira la trompa de Falopio que contiene al embarazo ectópico.

La laparotomía es una cirugía abdominal que generalmente se requiere en casos de emergencia, como trompas de Falopio rotas o sangrado intenso. Las laparotomías involucran incisiones más grandes y tiempos de recuperación más largos que las laparoscopias (Ministerio de Salud, 2011).

## 7.2. COMPRENDER EL PROCESO DE RECUPERACIÓN FÍSICA

El tiempo de recuperación depende del tipo específico de procedimiento que se haya realizado.

Con las cirugías laparoscópicas, generalmente los pacientes pueden irse a casa el mismo día de la cirugía. La recuperación es bastante rápida y la mayoría de las mujeres puede volver a caminar pronto.

Generalmente, las personas pueden retomar sus actividades regulares en el espacio de 7 a 14 días. Esto puede tomar alrededor de un mes para la recuperación completa de una laparoscopia.

Las cirugías realizadas por laparotomía generalmente requieren varios días en el hospital. Esto se debe a que la incisión es más extensa e interfiere con el funcionamiento de los intestinos.

Aparecerán fluidos transparentes la mañana después de la cirugía y los pacientes empezarán a comer alimentos sólidos en el espacio de 24 a 36 horas. Las incisiones de laparotomía pueden tomar hasta 6 semanas para sanar.

Si bien es posible que sea necesaria muy poca recuperación física para los embarazos ectópicos en etapas tempranas que no requieran cirugía, el personal médico debe monitorear cuidadosamente la salud de los pacientes para asegurar que el embarazo ectópico se resuelva por cuenta propia (Instituto Hondureño de Seguridad Social, 2010, p. 22-25).

### 7.3. EVITAR EJERCICIO O LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EXCESO

Las pacientes pueden empezar a sentirse mejor en el espacio de unos días después de la cirugía.

Es necesario no forzarse ejercitándose o haciendo demasiada actividad física.

También se debe evitar cualquier movimiento que pueda estirar o ejercer presión sobre las incisiones.

- No levantar nada que pese más de 9 kg (20 libras) durante la primera semana.
- Subir escaleras lentamente, haciendo una pausa después de cada cierta cantidad de pasos.
- Es conveniente que los pacientes caminen cada vez que se sientan capaces. Sin que traten de trotar o correr (Madrado Basauri, 2017, p. 306).

### 7.4. ESPERA DEL ESTREÑIMIENTO

La cirugía abdominal puede interferir con el funcionamiento de los intestinos de los pacientes y ocasionar estreñimiento.

El médico debe proporcionar instrucciones sobre cómo tratar el estreñimiento.

Algunas cosas que los pacientes pueden hacer por su cuenta incluyen las siguientes acciones:

- Comer alimentos ricos en fibra, como frutas, vegetales y productos integrales
- tomar bastante agua

- Usar laxantes (según lo recomiende tu doctor) (Martínez Guadalupe, Mascaro Rivera, Méjico Mendoza, & Mere del Castillo, 2013, p. 178).

#### 7.5. PRUEBAS REGULARES

Si algún paciente tuvo una salpingostomía o se le trató con una inyección de metotrexato, tendrá que realizarse pruebas regulares para determinar si los niveles de HCG en su sangre han regresado a cero.

De no ser así, es posible que se requeriría un tratamiento adicional con metotrexato (Matute Labrador, y otros, 2010, p. 212).

#### 7.6. PRESENCIA DEL DOLOR

Hay muchas razones posibles por las que se experimentaría dolor después de un embarazo ectópico.

Las incisiones pueden tomar tiempo para sanar y el tejido cicatrizal que resulta también puede ocasionar dolor. Si el dolor se vuelve persistente, serio o inmanejable, por ello es conveniente contactar al doctor.

El dolor también puede deberse a que el cuerpo de las pacientes intenta retomar su ciclo menstrual normal. Su cuerpo puede reto

mar su ciclo normal entre 4 y 6 semanas después del tratamiento, aunque podría tomar más tiempo.

Algunas mujeres reportan que están más conscientes de la ovulación después de un embarazo ectópico. Pueden experimentar dolor al ovular (Mercado Medrano, 2014, p. 49.)

#### 7.7. SÍNTOMAS DE QUE SE DEBE BUSCAR ASISTENCIA MÉDICA

El dolor generalmente es la forma que el cuerpo tiene de decirles a las pacientes que descansen.

Sin embargo, si se tiene alguno de los siguientes síntomas junto con el dolor, se debe contactar al doctor:

- Fiebre (por encima de 38 °C o 100 °F).
- Secreción vaginal, sobre todo si huele a "pescado" o tiene un olor fétido.
- Bultos o protuberancias alrededor de la incisión o la cicatriz que sean rojos o estén calientes al tacto.
- Secreción del lugar de la incisión.
- Náuseas o vómitos.
- Mareos o desmayos (Ministerio de Salud Panamá, 2015, p. 32-35).

#### 7.8. MANEJO DE ANTICONCEPTIVOS

Después de un embarazo ectópico, quizás no se puedan usar algunos métodos anticonceptivos.

Por lo que se deben discutir las opciones con el médico para determinar lo que funcionaría mejor en cada caso. Sin embargo, se debe tener en cuenta que:

- Los DIU y los anticonceptivos sólo con progesterona, generalmente no son recomendables después de un embarazo ectópico.
- También se debe hablar con el doctor para determinar cuándo es seguro tener relaciones sexuales otra vez. Esto se determinará en gran medida por el tratamiento que se haya recibido (Ministerios del Poder Popular para la Salud, 2014, p. 22-25).

#### 7.9. ESPERA PARA QUEDAR EMBARAZADA NUEVAMENTE

Si el embarazo ectópico se trató con metotrexato, el doctor debe aconsejar sobre cuánto tiempo debe esperar un paciente antes de intentar quedar embarazada otra vez.

Esto es generalmente alrededor de uno a tres meses dependiendo de la dosis que se le haya aplicado.

El metotrexato puede ocasionar problemas para un embarazo en las primeras etapas al reducir la disponibilidad del ácido fólico al feto, así que los pacientes que se encuentren en esta condición tienen que esperar hasta que el medicamento haya salido de tu sistema (Ministerio de Salud, 2015, p. 47).

## 7.10. EJERCITARSE UNA VEZ QUE SEA SEGURO

El ejercicio después de que se termine la recuperación puede ser una forma efectiva de minimizar la tristeza y recuperar la energía perdida (Secretaría del Estado de la Seguridad Social, 2008, p. 21).



Fig. 32. Ejercicio después del embarazo ectópico. Fuente: Wikihow (2018).

La actividad física libera al cuerpo hormonas que causan felicidad, llamadas endorfinas, las cuales son un estimulante natural del humor.

Es conveniente preguntarle al doctor cuándo se puede empezar un régimen de ejercicios. Y no hacer nada de alto impacto o vigoroso sin consultar al doctor (Secretaría de Salud, 2012, p. 11).

## 8. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES DE UN EMBARAZO ECTÓPICO

### 8.1. HIGIENE

Los parámetros de higiene son relevantes para la atención y recuperación de los pacientes, es por ello que el personal de enfermería debe ser instruido en los protocolos de intervención y atención a pacientes:



De mal manejo de los estándares de calidad e higiene depende en gran medida la recuperación de los pacientes.

Por ello, también es importante saber el manejo adecuado de eliminación de cada paciente a fin de no generar posibles infecciones (Rodríguez Martínez, López Vancell, Pérez Olvera, Rodríguez Reyes, & Aguirre García, 2012, p. 72).

## 8.2. ALIMENTACIÓN

La alimentación de los pacientes es muy importante para la recuperación de los mismos.

Algunos pacientes pueden tener una alimentación autónoma, de suplencia total o bien parcial.

Por ello la alimentación de los pacientes tiene que respetar la dieta prescrita y saber acercar la bandeja de comida cuando así se requiera (Rodrigo, 2016, p. 4).

## 8.3. REPOSO Y MOVILIDAD

Dentro de los parámetros de reposo y movilidad del paciente con embarazo ectópico, se recomienda apoyar con el cambio de posición y explicar a los pacientes que van a ser cambiados de posición.

También es importante evitar posiciones de dolor, seguimiento de los cuidados de los pacientes encamados, como limpieza de la cama, la cual debe estar seca y libre de arrugas, así como cuidar el equilibrio del mismo, el mantenimiento de los muebles y la deambulacion.

La movilidad puede ser total o parcial según las necesidades de cada enfermo, por lo cual es importante valorar las necesidades de cada paciente (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2016, p. 10).

## 8.4. TOMA DE CONSTANTES VITALES, REGISTROS Y COLABORACIÓN CON EL PERSONAL MÉDICO

El personal de enfermería es el responsable de llevar los registros de las constantes vitales de cada paciente y reportarlos con diligencia al personal médico a cargo.

Se deben tomar datos de ingreso de los pacientes, registro de adaptación de la familia al cuidado de los pacientes, actualización de historia clínica, informe de incidencias, informe de los cambios del paciente y ayuda en la exploración. Además, el personal de enfermería puede participar en reuniones multidisciplinarias, notas de las alergias, informe de turnos, cuidados de catéter urinario, limpieza de zona dérmica genital a intervalos regulares, cuidado de distensión de la vejiga, extracción de catéter (Virelles Pacheco, Bonet Fonseca, & Santiesteban Vázquez, 2017, p. 8-9).

#### 8.5. CUIDADO DEL DOLOR

Para el manejo del dolor de los pacientes, se deben administrar los analgésicos debidos, determinar la ubicación de características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.

El personal de enfermería debe comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Comprobar historial de alergias y registrar la respuesta al analgésico, así como a cualquier efecto adverso (Yglesias Cánova, 2011, p. 6).

#### 8.6. ORIENTACIÓN Y DUELO ANTICIPADO

El personal de enfermería en coordinación con el personal médico, del personal de trabajo social, y del departamento de psicología, pueden colaborar con el manejo del duelo anticipado, o bien con brindar esperanza cuando las condiciones así lo manifiesten. Es importante que el personal de enfermería facilite el desarrollo de una perspectiva positiva, en una situación dada. Además de ayudar al manejo de ansiedad de los pacientes.

Es importante brindar una atención humana, con la visión y propuesta de atención de salud que propone Florence Nightingale (Reina Casals & Rodríguez Moradillo, 2015, p. 45).

### 8.7. RIESGO DE HEMORRAGIA

Se debe cuidar el riesgo de hemorragia, por lo que se debe vigilar de cerca al paciente cuando se produce una hemorragia.

Es por ello que se debe cuidar el control de constantes, cuidar absolutamente la dieta, administrar productos sanguíneos si procede. Por otra parte, se debe informar con transparencia al paciente y a la familia acerca de los signos de la hemorragia, así como de las causas de la misma cuando se presenta (Urrutia S., Poupin B., Alarcón A., Rodríguez C., & Stuvan R., 2017, p. 14-16).

### 8.8. RIESGO DE INFECCIÓN

Se trata de que el personal de enfermería colabore en el control de infecciones, lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidado con los pacientes. Además, se debe usar guantes según lo exijan las normas de precaución universal, mantener técnicas de aislamiento si procede, aislar a personas expuestas a enfermedades transmisibles, administrar terapia de antibióticos si procede, precaución de hemorragias (Tigua Gutiérrez, 2014, p. 37).

### 8.9. CUIDADOS DE SONDA VESICAL

El personal de enfermería es excelente para el cuidado del catéter urinario, para el mantenimiento de permeabilidad del sistema del catéter urinario, la limpieza de la zona dérmica genital en intervalos de tiempo regulares. Además, se debe observar si hay distensión de la vejiga y llevar a cabo la extracción del catéter lo antes posible (Miranda & Contreras, 2014, p. 879).

### 8.10. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

Otros de los grandes aportes del personal de enfermería es la consideración de los elementos que integran los tratamientos.

Por ello, es importante considerar los siguientes: fecha, hora, administración y orden de medicamentos, manejo de muestras para análisis de laboratorio, día y hora de alta (Reyna Villasmil, Torres Cepeda, Santos Bolívar, & Labarca Acosta, 2016, p. 185).

## 9.- CONCLUSION

Al concluir con la presente investigación, sobre el embarazo ectópico, puedo concluir lo siguiente:

El embarazo ectópico es cada vez más común en mujeres con vida sexual activa. Un adecuado monitoreo médico posterior al diagnóstico positivo de embarazo puede ayudar a prevenir complicaciones dentro del proceso del mismo. Es importante detectar a tiempo el cuadro de sintomatología que supondría la presencia de embarazo ectópico. El personal de enfermería juega un papel relevante en la atención previa y posterior a la recuperación de los pacientes con embarazo ectópico.

El personal de enfermería debe estar en constante colaboración y comunicación constante con el personal médico a cargo a fin de brindar un servicio de calidad que responda a las necesidades de cada paciente y lograr con ello la pronta recuperación, es importante colaborar con personal de enfermería que sea capaz de brindar apoyo profesional en materia de un duelo anticipado.

Una respuesta de atención integral es conveniente en todos los casos. De modo que los casos de embarazo ectópico no pueden ser la excepción.

Es importante la formación permanente para todo el personal de salud, tanto del sector público, como en el sector privado. Ya que el campo de la salud, es un ámbito que requiere constante profesionalización y formación permanente. No es necesario que todo el personal médico o de enfermería conozca de todas las especialidades, por ello es importante la especialización a fin de poder responder adecuadamente en los diferentes casos.

Principalmente es basado en la prevención y manejo de dicha enfermedad, como parte del equipo de salud la enfermera juega un papel importante diferente al resto, el cual es la implementación de buenas prácticas de prevención la cual conlleva la correcta aplicación de los servicios de sanidad, y el correcto manejo

de los tratamientos los cuales deban implementarse de acuerdo al grado de dificultad o no, que presenta cada paciente.

La finalidad, es que el personal esté capacitado para resguardar la integridad física de cada paciente, implementando sus conocimientos y la profesionalización para los cuidados durante cada fase y etapa de una enfermedad.

## 10.- BIBLIOGRAFÍA

### 10.1 Básica

- A., M. T., & Raile, A. M. (2011). Modelos y teorías en enfermería (Cuarta ed.). Madrid, España: Editorial Harcour Brace.
- Águila Setién, S. I., Álvarez Toste, M., Breto García, A., Carbonell García, I. C., Delgado Calzado, J., Díaz Mayo, J., Salvador Álvarez, S. (2013). La morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción del a motalidad materna. La Habana, Cuba: Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, INHEM 2012.
- Arteaga Hanao, M. A. (2015). Perspectivas de la enfermería. Antioquía, Colombia: Universidad de Antioquía.
- Cabrera, N. R. (2015). Factores maternos asociados al parto prematuro. Buenos Aires, Argentina: Instituto Universitario CEMIC.
- Cañete Palomo, M. L. (2010). Urgencias en ginecología y obstetricia. Castilla-La Mancha, España: Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha.
- Caraguay Guajala, J. (2010). Embarazo ectópico en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010. Riobamba, Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.
- Cortés Chávez, J. A. (2012). Diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el Hospital General de zona no.1 de la ciudad de Colima en el año 2004. Colima, Colima: Universidad de Colima.
- Durán Acero, D. C., & Moreno Moreno, D. E. (2014). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico. Bogotá, Colombia: Hospital Universitario Mayor Mederi.

- Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y Empoderamiento de las Mujeres. (2012). ONU Mujeres. Obtenido de Prevención: definición: <http://www.endvawnow.org/es/articles/1508-prevencion-definicion.html>
- Espinoza Reyes, A., & García Hernández, S. G. (2011). Manejo del embarazo ectópico: estudio comparativo entre el Centro Médico Universitario de Utrech (Holanda) y el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (León-Nicaragua). León, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León. Recuperado el 17 de Marzo de 2018, de <file:///C:/Users/Escritori/Downloads/220108.pdf>
- Frescina, R., De Mucio, B., Ortiz, B., & Jarquin, D. (2012). Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo, Uruguay: Organización Panamericana de la Salud.
- Galán Castellanos, F. (2012). Actividades de enfermería relacionadas con la morbilidad del embarazo. Bogotá, Colombia: Servicio Nacional de Aprendizaje.
- Gómez Marcos, M. Á. (2013). Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Gómez Marcos, M. Á., Barrientos Montero, M. J., García Rabanal, D., Gómez García, A., Gómez Miguel, E., Orobón Martínez, M. L., Rodríguez Rivera, M. J. (2015). Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria. León, España: Sociedad Castellanoleonesa de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Hospital Universidad del Norte. (2015). Guía de manejo de enfermería de cirugía. Barranquilla, Colombia: Fundación Centro Médico Norte.
- Instituto de Gestión Sanitaria. (2017). Manual básico de obstetricia y ginecología (Segunda ed.). Madrid, España: Instituto de Gestión Sanitaria.
- Instituto Hondureño de Seguridad Social. (2014). Guías clínicas de II-III nivel del IHSS. Tegucigalpa, Honduras: Instituto Hondureño de Seguridad Social.

- J., F. (2010). Analisis y evaluación del conocimiento de enfermería contemporánea. Filadelfia: Editorial Davis Company.
- Lagos Cereceda, C. G., & Navarro Genta, M. (2012). Protocolo de enfermería en el abdomen agudo. Santiago, Chile: Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse.
- Loeches Fernández, M. L., Moreno Arquero, Á. L., & Álvarez Tapia, N. (2014). Enfermería en las urgencias obstétricas y pediátricas. Transporte neonatal. Madrid, España: Salud Madrid-SUMMA 112.
- Mercado Medrano, W. M. (2014). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP "LUIS N. Saenz" Lima 2013. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ministerio de Salud. (2011). Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2015). Guía de atención a las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Bogotá, Colombia: República de Colombia.
- Ministerio de Salud Panamá. (2015). Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. Panamá, Panamá: Ministerio de Salud Panamá.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico ginecológica (madróna) (Vol. IV). Madrid, España: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- Ministerios del Poder Popular para la Salud. (2014). Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Venezuela: Ministerios del Poder Popular para la Salud.
- Peter, T. S. (2012). Florence Nightingale (1820-1910): fundadora de la enfermería moderna. Singapore: Singapore Med.



- Plascencia Villanueva, R., & Karam Toumeh, D. (2010). Compendio de normas oficiales mexicanas sobre el derecho a la protección de la salud. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Reina Casals, C., & Rodríguez Moradillo, O. (2015). Embarazo y hábitos tóxicos: consecuencias en la gestante y el neonato. Barcelona, España: Universitat Pompeu Fabra.
- Secretaría del Estado de la Seguridad Social. (2010). Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo. Madrid, España: Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- Secretaría de Salud. (2012). Catálogo Universal de Servicios de Salud Causes 2012. Distrito Federal, México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular.
- Secretaría de Salud. (2013). Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en mujeres de edad reproductiva en segundo y tercer nivel de atención. Distrito Federal, México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Sherratt, S. D. (2010). Liderazgo clínico y Florence Nightingale. Chicago, Estados Unidos de América: Nursing Edition.
- Tigua Gutiérrez, O. L. (2014). Protocolo de atención de enfermería a pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico, área de emergencia del Hospital Jipijapa. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil.
- Victor, M. (2008). La vida y el impacto de Florence Nightingale. Washington D.C., Estados Unidos de América: Dimens Crit Care Nurs.

## 10.2 complementaria

- Alana, M., & Arancibia Ulloa, F. L. (2013). Embarazo ectópico. UCEBOL, 52-58. Recuperado el 1 de Marzo de 2018, de [http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/ucs/n9/n9\\_a08.pdf](http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/ucs/n9/n9_a08.pdf)

- Altunaga Palacio, M., Rodríguez Morales, Y., & Lugones Botell, M. (2011). Manejo del embarazo ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 513-523.
- Arizin, M. L. (2014). *Florence Nightingale en enfermería para la salud pública*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Harcourt Brace.
- Barnhart, K., Gosman, G., Ashby, R., & Margin, S. (2012). The medical management of ectopic pregnancy: a metaanalysis comparing "single dose" and "multidose". Chicago, IL.: *Obstet Gynecol*.
- Cabrera Samith, I., Perales C., I., & Romero A., G. (2010). Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital Base de los Ángeles. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, LXXV(2), 96-100.
- Chirino Acosta, P. A., Sarmiento Vitón, Á. M., González Linares, A., Cabrera Rumayor, A., & Soto Páez, N. (13 de Mayo-Junio de 2015). Embarazo ectópico abdominal. *Revista de Ciencias Médicas*, XIX(3), 540-548.
- Delgado Quiñonez, V. V. (2014). Enfermedades pélvicas inflamatorias en mujeres de entre 14 y 54 años de edad que son atendidas en Solca de Esmeraldas en los primeros meses del año 2014. Esmeraldas, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- De la Rosa, L. (2018). ¿Se puede prevenir un embarazo ectópico? Recuperado el 17 de Marzo de 2018, de Ser Padres: <http://serpadres.com/embarazo/prevenir-embarazo-ectopico/39668/>
- Diccionario de la Lengua Española. (2014). *Diccionario de la Lengua Española (23ª ed., Vol. II)*. Madrid, España: Real Academia Española.
- Escobar Padilla, B., Pérez López, C. A., & Martínez Puon, H. (2017). Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, LV(3), 276-285.

- Escobar Padilla, B., Pérez López, C. A., & Martínez Puon, H. (2017). Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, LV(3), 1-8.
- Escobar Vidarte, M. F., Caicedo Herrera, G., Solarte Erazo, J. D., Thomas Pérez, L. S., Dávalos Pérez, D. M., López Tenorio, J., Forero Ladino, A. M. (Enero-Marzo de 2017). Embarazo ectópico abdominal avanzado: reporte de casos y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, LXVIII(1), 71-82. doi:10.18597/rcog.2983
- Espinola Castiglioni, G. R. (Diciembre de 2012). Embarazo ectópico. *Revista del Nacional (Itauguá)*, IV(2), 23-29.
- Fernández Cantón, S. B., Gutiérrez Trujillo, G., & Viguri Uribe, R. (Enero-Febrero de 2012). La mortalidad materna y el aborto en México. *Boletín del Hospital Infantil de México*, LXIX(1).
- Fernández Arenas, C. (2010). El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, XXX(1), 84-99. Obtenido de <http://scielo.sld.cu>
- Gardey, A. (2014). Cuidados de enfermería. Recuperado el 5 de Diciembre de 2017, de Definición.de: <https://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>
- Guerrero Martínez, E., Rivas López, R., & Martínez Escudero, I. S. (2014). Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico. *Ginecol y Obst Mex*, LXXXII, 83-92. Obtenido de <http://www.femecog.org.mx>
- Kent Neil, A. (2010). *Mosby's Medical, Nursing & Allied Health Dictionary*. New York, Estados Unidos de América: McGraw Hill.
- Lorenzo Paz, T. (25 de Abril de 2017). El embarazo de alto riesgo: principales cuidados enfermeros. *Publicaciones Didácticas*(82), 37-49. Obtenido de <http://www.publicacionesdidacticas.com>

- Madrazo Basauri, M. (2015). Valorización clínica del embarazo ectópico. *Ginecología y Obstetricia de México*, 304-307.
- Mandal, A. (14 de Junio de 2014). News Medical Life Sciences. Obtenido de Tipos de embarazo ectópico: [https://www.news-medical.net/health/Types-of-Ectopic-Pregnancy-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Types-of-Ectopic-Pregnancy-(Spanish).aspx)
- Martínez Guadalupe, Á. I., Mascaró Rivera, Y. S., Méjico Mendoza, S. W., & Mere del Castillo, J. F. (2013). Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, LIX, 177-186.
- Matute Labrador, Á., Rodríguez Martínez, J. A., García Ruiz, R., Ortiz Ruiz, M. E., Valdespín Fierro, C., & Ponce Juárez, E. R. (Octubre-Diciembre de 2009). Estudio epidemiológico y clinicorradiológico de pacientes con embarazo ectópico en el Centro Médico ABC. *Anales Médicos*, LIV(4), 211-214. Obtenido de <http://www.medigraphic.org.mx>
- Mendivil, C., Padrón, R., Miranda, J., & Silva, G. (25 de Enero-Marzo de 2011). Embarazo heterotópico: diagnóstico ecográfico temprano, manejo con laparoscopia. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, LXII(1), 98-103. Recuperado el 17 de Marzo de 2018, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n1/v62n1a13.pdf>
- Meraz, M., & Porras, H. (Julio-Septiembre de 2013). Signos ecográficos del embarazo ectópico. *Revista Mexicana de Ultrasonido en Medicina*, III(17), 9-13. Obtenido de <http://www.amusem.org.mx>
- Miranda, A., & Contreras, S. (Noviembre-Diciembre de 2014). El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem Reben*, LXVII(6), 873-880. doi:10.1590/0034

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Embarazo. Recuperado el 10 de Abril de 2018, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
- Pérez Porto, J., & Merino, M. (2010). Definición de enfermería. Obtenido de Definición.de: <https://definicion.de>
- Pérez Porto, J., & Merino, M. (2013). Definición de Paciente. Recuperado el 7 de Diciembre de 2017, de Definición.de: <https://definicion.de/paciente/>
- Pinheiro, P. (7 de Marzo de 2018). Embarazo ectópico, síntomas, factores de riesgo y tratamiento. Recuperado el 17 de Marzo de 2018, de MD Saúde: <https://www.mdsaude.com/es/2016/10/embarazo-ectopico.html>
- QuéSignificado.com. (12 de octubre de 2017). Enfermera. Obtenido de QueSignificado.com: <http://quesignificado.com/enfermera>
- Real Academia Española. (2017). Diccionario de la Lengua Española. Obtenido de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=FHD9CUF>
- Reyna Villasmil, E., Torres Cepeda, D., Santos Bolívar, J., & Labarca Acosta, M. (2016). Embarazo ectópico crónico. *Avances en Biomedicina*, V(3), 182-186.
- Rodrigo, A. (2 de Diciembre de 2016). ¿Cuáles son los valores normales de la hormona beta hCG? Recuperado el 17 de Marzo de 2018, de Reproducción asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org>
- Rodríguez Martínez, H. A., López Vancell, D., Pérez Olvera, O., Rodríguez Reyes, A. A., & Aguirre García, J. (2012). Embarazo ectópico ovárico. *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*, L(2), 193-196.
- Ruvalcaba L., E., Muñoz G., D., & Pérez M., D. (2013). Embarazo ectópico crónico como masa anexial. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, LXX(2), 95-98. Recuperado el 1 de Marzo de 2018, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v70n2/art07.pdf>

- Sierra García, G. J., Cejudo Álvarez, J., & Mondragón Chimal, M. A. (Mayo-Agosto de 2013). Factores de riesgo del embarazo ectópico. Archivos de Investigación Materno Infantil, 1(2), 85-89. Obtenido de <http://www.medigraphic.org.mx>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2014). Embarazo Ectópico. Prosego, 1-13. Obtenido de <http://www.prosego.com>
- Tudela Cuenca, J., Aznar Lucena, J., & Casanova Mayordomo, G. (Julio de 2015). El embarazo ectópico: un dilema clínico y ético. Therapeía, VII, 85-100.
- Urrutia S., M. T., Poupin B., L., Alarcón A., P., Rodríguez C., M., & Stuvan R., L. (2013). Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, LXXII(3), 154-159.
- Virelles Pacheco, A., Bonet Fonseca, R., & Santiesteban Vázquez, R. (Marzo-Abril de 2017). Factores relacionados con el embarazo ectópico. Revista Médica Granma, XII(2).
- WikiHow. (12 de Julio de 2015). WikiHow. Obtenido de Cómo recuperarse de un embarazo ectópico: <https://es.wikihow.com/recuperarse-de-un-embarazo-ectópico>
- Yglesias Cánova, E. (Diciembre de 2011). Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú 2008-2010. Revista Peruana de Epidemiología, XV(3), 1-6.

## 11. GLOSARIO

### A

- **AINES:** Fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), son medicamentos utilizados en el tratamiento del dolor, por ejemplo, en la inflamación.
- **Anexial:** Es un adjetivo que va relacionado con una patología. La patología anexial es aquella que acontece en los anejos uterinos los cuales corresponden a las trompas de Falopio y ovarios. El término masa anexial hace referencia al diagnóstico, habitualmente ecográfico, de formación quística o no a nivel de los ovarios y/o trompas de Falopio.
- **AMEU:** Aspiración Manual Endouterina, método recomendado por la OMS, se introduce una cánula plástica flexible y con ayuda de una aspiradora manual de plástico se vacía el útero.
- **Anticonceptivo:** Que impide el embarazo.
- **Apendicectomía:** Es una técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice, especialmente en casos de apendicitis aguda.
- **Aplasia:** falta de desarrollo de un tejido o de un órgano.
- **Asistida:** Adjetivo que se refiere a que se realiza con ayuda de medios técnicos.
- **Auscultación:** exploración de los sonidos que se producen en el interior del organismo humano o animal, especialmente en la cavidad torácica y abdominal.
- **Autónoma:** se utiliza para designar la condición de libre que una persona posee y que le permite por caso desenvolverse correctamente en cualquier actividad sin la necesidad de una ayuda externa.

### C

- **Cervical:** De la cerviz o relacionado con ella. O bien, que forma parte de la zona de la columna vertebral correspondiente a la cerviz.
- **Cerviz:** Parte posterior del cuello de una persona o animal, que recubre las vértebras cervicales.

- **Cesárea:** Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión.
- **Cirugía:** Parte de la medicina que se ocupa de curar las enfermedades, malformaciones, traumatismos, etc., mediante operaciones manuales o instrumentales.
- **Coito:** Acto consistente en la introducción del pene en la vagina.
- **Cornual:** Adjetivo que hace referencia al embarazo intersticial, el cual es una variación del embarazo ectópico y sus resultados pueden ser catastróficos.
- **Curación:** Restablecimiento o recuperación de la salud y eliminación de una enfermedad, una herida o un daño físico.
- **Culdocentesis:** prueba para verificar la existencia de líquido anormal en el espacio detrás de la vagina (fondo de saco).

## D

- **DIU:** Dispositivo anticonceptivo consistente en una pieza de material plástico (en forma de T, espiral, triangular, etc.) que se coloca en el interior del útero e impide el anidamiento del ovulo fecundado.
- **Diuréticos:** sustancia o medicamento, el cual facilita la eliminación de la orina.
- **Distensión:** tensión violenta en tejidos y membranas.
- **Decidual:** tejido epitelial del endometrio uterino, que en un embarazo da origen a la parte materna de la placenta.

## E

- **EE:** Embarazo Ectópico
- **Ecografía:** Es un tipo de imagen. Utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para observar órganos y estructuras al interior del cuerpo.
- **Electiva:** De la elección o relacionado con ella. O bien, que se hace o se da por elección.



- **Enteritis hemorrágica:** proceso inflamatorio del sistema gastrointestinal, se denomina de esta manera los cuadros donde se ve afectado el estómago y el intestino.
- **Endometriosis:** La Endometriosis es una enfermedad de la esfera ginecológica común en los años reproductivos, es debida a la localización anómala del tejido que reviste la cara interna del útero llamado Endometrio fuera de su normal localización. Aproximadamente unas de cada diez mujeres tienen esta condición.
- **Enfermo:** Que tiene o padece alguna enfermedad.
- **Endometrioma:** condición en la que el tejido que normalmente recubre el interior del útero, crece fuera de este. Este nombre se debe a que los quistes están llenos de líquido marrón, compuesto por sangre del tejido endometrial.
- **Epidemiología:** Parte de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población.
- **Estéril:** Que no se puede reproducir por medios naturales. O bien que no da fruto.
- **Ética:** Disciplina filosófica que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano. O bien, conjunto de costumbres y normas que dirigen o valoran el comportamiento humano en una comunidad.
- **Expectante:** Que espera observando con interés y curiosidad lo que pasa. O bien, que comporta o denota expectación o se basa en ella.

## F

- **Fármacos:** Son aquellas sustancias químicas purificadas que se utilizan para el tratamiento, la cura, la prevención o el diagnóstico de alguna enfermedad o también para inhibir la aparición de un proceso fisiológico no deseado.
- **Fertilización:** Acción y efecto de fertilizar. O bien, proceso a través del cual se inicia la reproducción sexual de los seres vivos que comienza con la conjunción de dos células, cada una con su parte de información genética.
- **Fetal:** Del feto o que tiene relación con él.

- **Feto:** Embrión de los vivíparos a partir del momento en que ha adquirido la conformación característica de la especie a que pertenece (en los humanos, a finales del tercer mes de gestación) hasta el nacimiento.
- **Fimbrial:** Adjetivo calificativo que viene de fimbria.
- **Fimbrias:** Las fimbrias son utilizadas por las bacterias para adherirse a las superficies, unas a otras, o a las células animales. Una bacteria puede tener del orden 1000 fimbrias que son solo visibles con el uso de un microscopio electrónico.
- **Fármacos:** Son aquellas sustancias químicas purificadas que se utilizan para el tratamiento, la cura, la prevención o el diagnóstico de alguna enfermedad o también para inhibir la aparición de un proceso fisiológico no deseado.
- **Fertilización:** Acción y efecto de fertilizar. O bien, proceso a través del cual se inicia la reproducción sexual de los seres vivos que comienza con la conjunción de dos células, cada una con su parte de información genética.
- **Fotosensibilidad:** sensibilidad a la luz ultravioleta de la luz solar y otras fuentes de luz, puede causar erupciones en las personas con lupus, tanto cutánea y sistémica.

## H

- **Halo:** Círculo luminoso o resplandor que se presenta encima o detrás de algún cuerpo o figura.
- **HCG:** Gonadotropina Coriónica Humana.
- **Heteroatópica:** De crecimiento en lugares anormales.
- **Hemoperitoneo:** presencia de sangre en la cavidad peritoneal del abdomen.
- **Hemorragia:** salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes.
- **Higiene:** Limpieza o aseo para conservar la salud o prevenir enfermedades.
- **Hiperémesis gravídica:** presencia de náuseas y vómitos persistentes durante el embarazo.
- **Hipersomnia:** sueño excesivamente prolongado y profundo.

- **Hormona:** sustancia química producida por un órgano, o parte de él, cuya función es la de regular la actividad de un tejido determinado.
- **Hormona HCG:** Gonadotropina coriónica humana es una glicoproteína liberada por el embrión únicamente tras su implantación en el útero materno. Por esta razón, es conocida como la hormona del embarazo, pues permite la confirmación del mismo (Rodrigo, 2016)

## I

- **Infeción:** Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo. O bien, enfermedad causada por esta invasión de agentes patógenos.
- **Implantes:** Colocación de una cosa en el cuerpo de un ser vivo mediante una intervención quirúrgica, especialmente un órgano o un aparato en sustitución de otro órgano, o de una parte de él, para mejorar su funcionamiento.
- **Infertilidad:** Sustantivo femenino. Incapacidad para engendrar o llevar a cabo una gestación.
- **Inflamatoria:** De la inflamación o relacionado con ella. O bien, que causa inflamación. Es un conjunto de reacciones generadas por el cuerpo como respuesta a una agresión, que puede ser de origen externo, como una lesión, infección o traumatismo, o puede ser interna, provocada por el propio organismo.
- **Intersticial:** El líquido intersticial o líquido tisular es el líquido contenido en el intersticio, o espacio entre las células. Alrededor de una sexta parte de los tejidos corporales corresponden al intersticio.
- **Intra:** Prefijo de origen latino que entra en la formación de nombres, adjetivos y adverbios con el significado de 'dentro de', 'en el interior'.
- **Implantes:** Colocación de una cosa en el cuerpo de un ser vivo mediante una intervención quirúrgica, especialmente un órgano o un aparato en sustitución de otro órgano, o de una parte de él, para mejorar su funcionamiento.
- **In vitro:** Del latín. Que significa dentro del vidrio. Se refiere a una técnica para realizar un determinado experimento en un tubo de ensayo o generalmente en

un ambiente controlado fuera de un organismo vivo. Fecundación in vitro es un ejemplo ampliamente conocido.

- **Infección:** Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo. O bien, enfermedad causada por esta invasión de agentes patógenos.
- **Infertilidad:** Sustantivo femenino. Incapacidad para engendrar o llevar a cabo una gestación.

## L

- **Laparoscopia:** técnica quirúrgica que permite observar el interior del abdomen para establecer un diagnóstico.
- **Leiomioma:** tumor benigno del músculo liso, generalmente en el útero o el aparato digestivo, también llamado fibroide.
- **Leucopenia:** trastorno de la sangre caracterizado por la disminución del número de leucocitos de la sangre

## M

- **Mastodinia:** dolor que se presenta en las glándulas mamarias.
- **Médico:** Un médico es un profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.
- **ML:** Mili unidades por mililitro.
- **Metotrexato:** También conocido por las siglas MTX, es un fármaco análogo al ácido fólico usado en el tratamiento del cáncer y de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide y la psoriasis. Produce efectos antiinflamatorios potentes a partir de la inhibición enzimática, la disminución de distintos elementos metabólicos y la acumulación de adenosina tanto intracelular como extracelular.
- **Mujer:** Persona adulta de sexo femenino. O bien persona del sexo femenino con la que está casada un hombre.

## N

- **Náuseas:** La palabra náuseas hace referencia a un molesto síntoma caracterizado por ganas de vomitar, no es una enfermedad en sí, se trata más bien de una manifestación que es común a varios tipos de enfermedades.
- **Necrosar:** degeneración de un tejido de un organismo, llamada también gangrena, por muerte de sus células.
- **Neonatología:** Parte de la pediatría que se ocupa del estudio y la asistencia de los recién nacidos.
- **Neoplasias:** formación anormal en alguna parte del cuerpo de un tejido nuevo de carácter tumoral, benigno o maligno.

## O

- **Ooforectomía:** Es la extirpación de un ovario. Puede ser "unilateral", cuando se extirpa uno de los dos ovarios, o "bilateral" cuando son extirpados ambos ovarios.
- **Ovárica:** Del ovario o relacionado con él.
- **Ovario:** Glándula sexual femenina en la que se producen los óvulos y las hormonas sexuales.

## P

- **Patognomónicos:** se utiliza en el diagnóstico médico o psicológico para calificar a aquellos signos clínicos.
- **Paridad:** número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.
- **Parámetros:** elemento o dato importante desde el que se examina un tema, cuestión o asunto.
- **Paracentesis:** técnica invasiva que, mediante una punción percutánea abdominal permite evacuar líquido de la cavidad peritoneal.
- **Pélvica:** La cavidad pélvica es una cavidad del cuerpo que está delimitado por los huesos de la pelvis. Su techo oblicuo es la entrada de la pelvis (la abertura

superior de la pelvis). Su límite inferior es el suelo pélvico. La cavidad pélvica contiene principalmente los órganos reproductivos, la vejiga urinaria, el colon pélvico, y el recto. El recto se coloca en la parte posterior de la pelvis, en la curva del sacro y el coxis; la vejiga está en frente, detrás de la sínfisis púbica.

- **Precoz:** Que ocurre o sucede antes del tiempo que se considera habitual o necesario.
- **Preoperatorio:** Que precede a una intervención quirúrgica.
- **Polaquiuria:** signo urinario, componente del síndrome miccional, caracterizado por el aumento del número de micciones durante el día, suelen ser de escasa cantidad y refleja una irritación o inflamación del tracto urinario.
- **Polisistolia:** ocurren más de 5 contracciones en 10 minutos.

## Q

- **Quirófano:** Sala de un establecimiento hospitalario especialmente acondicionada para realizar operaciones quirúrgicas.

## R

- **Rh:** El factor Rhesus (Rh) es una proteína heredada que se encuentra en la superficie de los glóbulos rojos. Si tu sangre tiene esta proteína, eres Rh positivo. Si tu sangre carece de esta proteína, eres Rh negativo.
- **Riesgo:** Posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra perjuicio o daño.
- **Rotura:** Acción o efecto de romper o romperse.

## S

- **Salud:** Estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones. O bien, Serie de condiciones físicas en que se encuentra un ser vivo en una circunstancia o un momento determinados.

- **Salpingostomía:** apertura lineal quirúrgica de la trompa de Falopio con un embarazo ectópico, llevada a cabo para preservar la trompa e intentar mantener la función.
- **Salpingectomía:** intervención quirúrgica, consiste en la extirpación de las trompas de Falopio en la mujer.
- **Sanguíneo:** De sangre o relacionado con ella.
- **Sanitario:** De la sanidad o relacionado con este conjunto de servicios.
- **Sérica:** Del suero sanguíneo o relacionado con él.
- **Secreción:** elaboración y expulsión de una sustancia específica por actividad de una glándula.
- **Shock:** Estado de profunda depresión nerviosa y circulatoria, sin pérdida de la conciencia, que se produce tras experimentar una fuerte impresión o una intensa conmoción, como un traumatismo fuerte o una operación quirúrgica.
- **Shock hipovolémico:** afección de emergencia en la cual la pérdida severa de sangre y líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre a todo el cuerpo.

## T

- **Tabaquismo:** Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco.
- **Tratamiento expectante:** esperar que el aborto espontáneo termine por sí mismo.
- **Transmisión sexual:** son infecciones que transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. Las causas de las ETS son las bacterias, parásitos, hongos y virus. Existen más de 20 tipos.
- **Trans-abdominal:** procedimiento utilizado para examinar los órganos del abdomen.
- **Trompa de Falopio:** Las trompas de Falopio son dos tubos delgados que parten del útero hasta el ovario de cada uno de los lados de la vagina. Transportan los ovocitos que se producen durante el ciclo menstrual hasta la cavidad uterina, y

también sirven de camino para los espermatozoides que puedan fecundar al ovocito.

- **Trombocitopenia:** disminución de la cantidad de plaquetas circulares en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales.
- **Tubárico:** Un embarazo tubárico, también conocido como embarazo ectópico, es la causa número uno de las muertes de mujeres embarazadas durante el primer trimestre del embarazo. Teniendo en cuenta que la cantidad de embarazos tubáricos está en constante aumento, es realmente importante informarse más sobre todo lo relacionado a los embarazos- tubáricos. Un embarazo tubárico ocurre cuando un óvulo fertilizado se implanta fuera del útero -por lo general- en una de las trompas de Falopio.

## U

- **Uterino:** Del útero o relacionado con él.
- **Útero:** Órgano interno de reproducción de las hembras de los animales vivíparos en el que se desarrolla el feto.
- **Ultrasonograma:** procedimiento en el que se usan ondas de sonido de alta energía para observar los tejidos y órganos del cuerpo.

## V

- **Vaginal:** De la vagina o relacionado con ella.
- **Vagina:** La vagina es un órgano que pertenece al sistema genital femenino y la cual sirve de puente entre el útero y las regiones externas del cuerpo, en su capa más externa se encuentra recubierta por un tejido mucoso que sirve para mantener equilibrada tanto la acidez como la humedad de la misma, evitando que se produzcan infecciones de cualquier tipo, por otro lado el orificio de ella, se localiza entre el ano y la uretra.
- **Vasculatura:** A disposición de los vasos sanguíneos en el cuerpo, o dentro de un órgano.



- **Vasectomía:** Operación quirúrgica en la que se extirpa el conducto deferente de los órganos sexuales masculinos para conseguir la esterilización.
- **Vellosidad:** Abundancia de vello. O bien, conjunto de estructuras anatómicas que aparecen en ciertas superficies mucosas o serosas cuya forma recuerda al vello.