

ORIGINAL

Nursing process applied to a patient with ectopic pregnancy in a hospital in Arequipa

Proceso de enfermería aplicado a una paciente con embarazo ectópico de un hospital de Arequipa

Olivia Edith Pulcha Llerena¹, Sofía Dora Vivanco Hilario¹

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

Citar como: Pulcha Llerena OE, Vivanco Hilario SD. Nursing process applied to a patient with ectopic pregnancy in a hospital in Arequipa. Salud Integral y Comunitaria. 2024; 2:62. <https://doi.org/10.62486/sic202462>

Recibido: 05-11-2023

Revisado: 28-01-2024

Aceptado: 18-03-2024

Publicado: 19-03-2024

Editor: Prof. Dr. Javier González Argote 

ABSTRACT

Introduction: ectopic Pregnancy is the implantation and subsequent development of the fertilized ovum outside the endometrial cavity, with greater prevalence in the uterine tubes. Tubal rupture and hemorrhage causes morbimortality and is considered a true medical emergency.

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

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

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

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

Keywords: Ectopic Pregnancy; Nursing Care Process.

RESUMEN

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

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

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

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

Conclusiones: se logró identificar en la paciente las manifestaciones clínicas de un embarazo ectópico, se determinaron los factores de riesgo de complicación logrando describir el rol de enfermería aplicando lo cuidados preventivos en Shock Hipovolémico. Se identifico problemas y riesgos de colaboración que fueron atendidos mediante las intervenciones y actividades de enfermería plasmados en el PAE para embarazo ectópico, logrando mejor estado de salud.

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

INTRODUCCIÓN

El Embarazo Ectópico es la implantación y desarrollo del óvulo fertilizado fuera de la cavidad endometrial.^(1,2,3,4,5) Se explica que el embarazo ectópico se define como la implantación del blastocito fuera del endometrio, un 95 % se aloja en las trompas uterinas, siendo esta la más común; se puede desarrollar en otros sitios, tales como el ovario o intraabdominal.^(6,7,8,9,10,11) La morbilidad y mortalidad en pacientes con embarazos ectópicos se debe a causa de una ruptura tubárica y la hemorragia intraabdominal; es una de las principales emergencias obstétricas la cual requiere de una pronta actuación.^(12,13,14,15,16)

Según la OMS, las principales causas de mortalidad en la paciente gestante son las hemorragias graves, las infecciones post parto y las enfermedades hipertensivas del embarazo, dentro de las causas el shock es una de las principales causas de muerte en las gestantes, hasta las 42 semanas después del parto.⁽¹⁷⁾

Durante los años de 1998-2005, las causas más resaltantes de mortalidad en mujeres gestantes en Norteamérica fueron las hemorragias con una 2,5 %, dadas por rotura de embarazo ectópico, placenta previa, placenta acreta, retención de restos post parto, coagulopatía, atonía uterina; con un 10,2 % la tromboembolismo pulmonar; un 7,5 % el embolismo de líquido amniótico; el 12,3 % dadas por complicaciones hipertensivas; 10,7 % por enfermedad hipertensiva del embarazo; 10,7 % por sepsis; 1,2 % complicaciones de la anestesia; las miocardiopatía periparto con un 11,5 %; accidente cerebrovascular corresponden a un 12,4 %.^(18,19,20)

La incidencia de embarazos ectópicos a nivel mundial se ha incrementado siendo alrededor de 1 a 2 % de todos los embarazos confirmando, alrededor del 75 % de las muertes en el primer trimestre y 9 % de todas las muertes están relacionadas al embarazo ectópico, por lo tanto, es considerada como una causa importante de mortalidad durante el embarazo.⁽²¹⁾ Se señala que se estima que el 1,4 % del total de los embarazos en los Estados Unidos corresponde a embarazos ectópicos.^(22,23,24)

En nuestro país no se han realizado muchos estudios sobre el embarazo ectópico. La tasa de embarazo ectópico, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé fue de 1 en 767 embarazos; el Instituto Materno Perinatal indica que fueron de 3,3 en 1 000 embarazos.^(25,26,27)

Autores coinciden que las manifestaciones clínicas aparecen a partir de la semana siete de gestación, así mismo el dolor y el sangrado se manifiestan por el crecimiento anormal del embarazo y la distensión del lugar de su implantación.⁽²⁸⁾ La ruptura del ectópico tubárico está dada alrededor de la novena semana de gestación, la clínica está dada por el compromiso hemodinámico e irritación peritoneal y desencadenar en un shock hipovolémico.^(29,30,31)

El embarazo ectópico tiene como complicación principal al Shock Hipovolémico que se ocasiona por la pérdida abundante de sangre a nivel intrabdominal ocasionando deficiencia del volumen sanguíneo e hipoxia en los tejidos como consecuencia alteración que afectan la hemodinamia corporal e incluso puede conllevar a la muerte.^(32,33)

El tratamiento de primera elección en el embarazo ectópico complicado es el quirúrgico, por lo que sugiere mayor observación y apoyo emocional, debido a la resección total a parcial del órgano afectado.⁽³⁴⁾ El objetivo del tratamiento quirúrgico es la conservación máxima de la función reproductora. Existe el tratamiento médico con Metotrexate para embarazo ectópico con de <4 cm, sin actividad cardíaca fetal, sin signos de ruptura y con una B-hCG <5000 UI/mL.^(35,36,37)

Las intervenciones y actividades de enfermería considerados en el PAE para un embarazo ectópico están basados en los conocimientos científicos, dirigidos a atender las manifestaciones clínicas y los factores de riesgos del embarazo ectópico, la paciente de estudio, fue atendida desde el ingreso a emergencia de gineco obstetricia, con antecedentes de embarazo ectópico anterior por lo que su condición reproductiva es de alto riesgo.^(38,39) Se aplicó el PAE recolectando datos mediante la valoración de Maryori Gordon, que proporcionó la identificación de seis diagnósticos de enfermería y se priorizó: Dolor agudo r/c agente lesivo biológico manifestado por expresiones verbales y escala de EVA 10/8; así mismo se identificó como problema de colaboración: PC el embarazo extrauterino, priorizando el RC de Shock Hipovolémico.^(40,41,42)

Aplicando la metodología científica del PAE se permitió brindar una adecuada atención de enfermería, ejecutando las intervenciones de manera oportuna y eficaz, logrando los objetivos propuestos que permitieron mantener la hemodinamia corporal y disminuir la situación crítica de salud actual.^(43,44,46) La priorización de las actividades determinó el manejo del shock hipovolémico asegurando un mejor pronóstico, quedando pendiente intenciones en el proceso de recuperación.^(47,48)

El profesional de enfermería enfoca su trabajo en el cuidado humano basado en el PAE, por medio del cual diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones, también considera la integralidad, totalidad, seguridad, así como la continuidad requerida por el sujeto de cuidado en diferentes momentos y en diferentes escenarios.^(49,50)

Autores señalan que el Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas: Valoración: consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.^(51,52,53) Diagnóstico de enfermería: que aportan las bases para la selección de intervenciones y/o actividades de enfermería que se generan de acuerdo con la valoración de enfermería.⁽⁵⁴⁾ Planificación: en la cual se establecen la elaboración del plan para evitar, reducir o corregir los problemas, fijar resultados e intervenciones de enfermeras.^(55,56) Ejecución: es la puesta en práctica de los cuidados planificados.⁽⁵⁷⁾ Evaluación: es el contraste de lo planificado entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.^(58,59)

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

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

El presente trabajo es de un enfoque cualitativo, de tipo caso clínico único y como método se utilizó el proceso de atención de enfermería (PAE).^(60,61)

Sujeto de estudio

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

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

Ámbito y Periodo de estudio

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

Procedimiento de recojo de información

Fuente de Información.

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

Así mismo se desarrolló una revisión bibliográfica de evidencia científica, en las siguientes Bases de datos: Science, Scielo, Elsevier, Google académico.⁽⁶²⁾

Técnica de recolección de datos

Como técnica se empleó la entrevista con la paciente, siendo principal fuente y de gran utilidad para conseguir información; así mismo la observación del sujeto de estudio fue fundamental.^(63,64)

Procedimiento de Información

Para la recopilación de información se hizo en fases:

La primera fase: se inició con la revisión de la historia clínica de la paciente para obtener datos clínicos como antecedentes, motivos de consulta, resultados de pruebas diagnósticas, diagnóstico médico, evolución médica, así como la evolución de los cuidados de enfermería.

Segunda fase: se inició con la valoración de enfermería mediante la entrevista personal, utilizando los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, identificando los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración del plan de cuidado específico.

Tercera fase: se encontró los dos seguimientos realizados a la paciente para ver la evolución de esta.

Cuarta y última fase se realizó un análisis integral de la evidencia científica, limitando según el criterio de fecha, prefiriendo la búsqueda de información desde el año 2018 hasta a la actualidad. Se emplearon las bases de datos: Science, Scielo, Elsevier, Google académico y utilizando palabras clave como: enfermería, proceso de enfermería, embarazo ectópico.

Procesamiento de los datos

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

En el primer momento. Se realizó con la valoración de la paciente en base en 11 patrones funcionales de

Marjory Gordon, se realizó una red de priorización con base en la Metodología Enfermera asociado al Modelo AREA, para seleccionar el diagnóstico primario de acuerdo con la taxonomía NANDA I. Seguidamente, tras la elección del Diagnóstico enfermero principal, se procede al establecimiento de los criterios de resultados esperados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC) y las actividades respectivas.

En un segundo momento: Se realizó un análisis crítico de la evidencia científica incluida en este estudio, tomando como base los objetivos planteados según taxonomía NOC y priorizándolo con el modelo AREA para obtener el NOC principal del Diagnóstico enfermero y Problema de colaboración principal y así elaborar el plan de cuidados teniendo de base la taxonomía NIC.

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

RESULTADOS

Descripción del caso

Datos generales

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

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

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

Antecedentes Quirúrgicos: salpinguectomía izquierda por embarazo ectópico hace 2 años, y apendicetomía hace 8 años.

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

Diagnostico medico actual: Abdomen Agudo Quirúrgico, embarazo ectópico derecho complicado: Ruptura tubárica

Terapéutica Médica.

NPO

ClNa 9/oo 1000cc 45 gotas

Ranitidina 50mg EV dosis única

Metoclopramida 10mg Ev dosis única

Dimenhidrinato 50mg EV dosis única

Cefazolina 1gr 30 min antes de SOP

Transfundir 2 paquete Globulares

Preparación quirúrgica

Riego Quirúrgico

Exámenes de Laboratorio prequirúrgicos

Ecografía ginecológica.

Exámenes auxiliares.

BHCG 2,560 UI/ML

Prueba de embarazo (+)

Resultados hemograma:

Hemoglobina 7 gr/dl

Leucocitos 9,16

Abastones 0

Segmentados 58

Linfocitos 33

Monocitos 0,8

Eosinófilos 0,1

Grupo sangre y Factor RH O+

Plaquetas 208

Glucosa 98

Creatinina 0,76

TP 13,8

TPT 25,5

INR 134

Resultados sedimento por campo:

Leucocitos 8-12 x campo

Bacterias Positivo

Células epiteliales 4-6 x campo

Hematíes 2-3 x campo

Resultados Inmunológico:

HIV No Reactivo

RPR No Reactivo

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

Indicaciones: Laparotomía exploratoria de urgencia

FC 118

PA 109/63

FR 22

T 36,3

S02 96 %

FUM 11/4/22

FO G1P0A1

Valoración según Patrones Funcionales de Salud

Valoración del caso

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

Patrón Funcional I: Percepción y Control de la salud

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

Patrón Funcional II: Nutricional- Metabólico

T: 36,0, Peso 65 kg, Talla: 1,55, IMC 27,04 (sobrepeso)

Respiración: 22 rpm,

Piel con palidez moderada, regular estado de hidratación, con mucosa oral poco húmeda y sensación de sed. Piel intacta, presenta cicatrices de cirugías anteriores en zona abdominal.

Cavidad oral: dentición completa, mucosa oral sin lesiones, poco húmeda y en regular estado de higiene.

Apetito disminuido con sensación nauseosa que llega a vómito (1 vez) de contenido alimenticio, no recibe alimento desde hace 18 horas aproximadamente.

Abdomen distendido, doloroso en fosa iliaca derecha.

Leucocitos; 11 000

Glucosa: 98 mg/dl

Hemoglobina. 7,0

Patrón Funcional III: Eliminación

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

Patrón Funcional IV: Actividad /ejercicio

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

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

Patrón Funcional V: Sueño- Descanso

Paciente refiere solo dormía 6 horas ya que tomaba analgésicos por la noche. Se le percibe nerviosa, llorosa

y con miedo. Paciente refiere que no puede conciliar muy bien el sueño por la presencia de dolor abdominal constante desde hace 2 días.

Patrón Funcional VI: Cognitivo-Perceptivo

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

Patrón Funcional VII: Auto percepción- autoconcepto

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

Patrón Funcional VIII: Rol- Relaciones

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

Patrón Funcional IX: Sexualidad y Reproducción

Paciente casada, que anteriormente tuvo una gestación, que termino en embarazo ectópico, actualmente no refiere con exactitud la fecha de su última menstruación aparentemente sería el 11/4/22. Utilizaba métodos anticonceptivos, pero hace 3 meses que dejo de usarlo. Al Examen Beta Cuantitativo en 2,560 UI/ml. En ecografía transvaginal encuentran líquido libre en moderada cantidad, ovario derecho con tumoración mixta de 40x30mm con escaso sangrado vaginal. Diagnostico ecográfico: Embarazo ectópico derecho.

IRS: 18 años; Gestaciones: 1 Aborto: 1. Partos: 0 MAC: hace 3 meses

Amenorrea más o menos de 2 meses. Prueba de embarazo: positiva

Paciente con sangrado oscuro escaso

Mamas blandas toco turgentes, pezones formados sin presencia de secreción.

Genitales con presencia de secreción hemática en moderada cantidad.

Patrón Funcional X: Adaptación Tolerancia al estrés

Paciente demuestra preocupación por la condición de enfermedad y hospitalización.

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

Patrón Funcional XI: Valores y Creencias

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

Plan de Cuidados

Diagnósticos

Identificación de enfermería

La formulación de los diagnósticos de enfermería se desarrolló con la taxonomía NANDA I (2021 - 2023)

Patrón Funcional II: Nutricional- Metabólico

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

Definición: Susceptible a un flujo sanguíneo inadecuado a los tejidos que puede conducir a una disfunción celular, lo que puede comprometer la salud.

Dominio 11: Seguridad y Protección

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

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

Definición: Susceptible a la invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud.

Dominio 11: Medidas de seguridad

Clase 1: Infección

Patrón Funcional VI: Cognitivo-Perceptivo

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

Definición: “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave

con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses”.

Dominio 12: Comodidad

Clase 1: Condición Física

Patrón Funcional VII: Autopercepción- autoconcepto

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

Definición: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza”.

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Patrón Funcional IX: Sexualidad y Reproducción

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

Definición: “Incapacidad para prepararse y / o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido para asegurar su bienestar”.

Dominio 8: Sexualidad

Clase 3: Reproducción

Patrón Funcional X: Adaptación Tolerancia al estrés

00148 Temor relacionado con situación desconocida

Definición: Respuesta emocional básica e intensa que se suscita ante la detección de una amenaza inminente, que implica una reacción de alarma inmediata.

Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

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



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

Diagnostico principal

Diagnóstico de enfermería principal (DxEp)

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

00132 Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico manifestado verbalmente y escala de EVA 10/8.

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

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

Justificación del DxEp

Dolor agudo: Es un dolor de corta duración que se suele sentir después de una enfermedad, lesión, cirugía o de un parto. La pronta respuesta a la administración de analgesia. Si la duración excede de 3 o 6 meses puede considerarse como crónico.

Se afirma que “El dolor agudo pone en marcha ciertos mecanismos de evitación o protección, que pueden estar acompañados de hiperreactividad del sistema nervioso autónomo, lo cual se manifiesta con la asociación del dolor agudo a la ansiedad y con signos físicos autonómicos, como palidez, sudoración, vómitos, hipertensión, taquicardia, entre otros.”⁽⁶⁵⁾

El dolor pélvico es uno de los síntomas más comunes, motivo por el cual asisten al servicio de emergencia. Aproximadamente el 95 % de las mujeres con embarazo tubárico presentan dolor en región pélvica y abdominal.⁽⁶⁶⁾

El dolor agudo es transitorio, de corta duración y que es provocado por un estímulo adverso que se asocia a una enfermedad aguda, traumatismos o a una cirugía. Desaparece cuando el origen es corregido. Las manifestaciones que lo acompañan son taquicardia, polipnea, sudoración. Es importante conocer la etiología del dolor, y la duración de este, según las características podemos clasificarlo como leve, moderado o severo.⁽⁶⁷⁾

Según la definición NANDA para dolor agudo, “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses”.⁽⁶⁸⁾

Según autores, para el control del dolor, valorada a través de la escala EVA, “se debe considerar las siguientes acciones en la práctica: administración de un tratamiento efectivo para el dolor agudo, facilitar la seguridad evitando las complicaciones del proceso, mantener la funcionalidad física y psicológica, mejorar la calidad de vida dentro de las posibilidades de cada individuo, educar y orientar tanto al paciente como a la familia en el autocuidado y participación”.⁽⁶⁹⁾

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

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

Investigaciones afirman que “El manejo y control del dolor es importante para mejorar la calidad de vida de la persona, un manejo inadecuado del dolor afectaría la recuperación”.⁽⁷⁰⁾

La valoración de enfermería de un embarazo ectópico debe estar centrada en las manifestaciones clínicas que se presentan, siendo la principal el dolor abdominal, de tipo cólico, que es uno de los síntomas característicos de la triada clásica, anteriormente descrita; es así que la valoración del dolor es de gran importancia, dentro de las actividades de enfermería, y se puede utilizar como herramienta la escala visual análoga.⁽⁷¹⁾

Podemos concluir que el dolor agudo en altos niveles puede agravar la experiencia vivida, son experiencias muy desagradables que se manifiestan con alteraciones físicas y emocionales. Son respuestas fisiológicas asociadas a un traumatismo. El objetivo de nuestra atención es lograr el mayor bienestar y efecto mínimo de complicación a través de la analgesia, para sosegar el padecimiento físico y poder manejar el resto de los problemas, continuar con la valoración y observación de manifestaciones de dolor.⁽⁷²⁾

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

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

Problemas de Colaboración

- Embarazo extrauterino.

Riesgos de Complicación

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

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

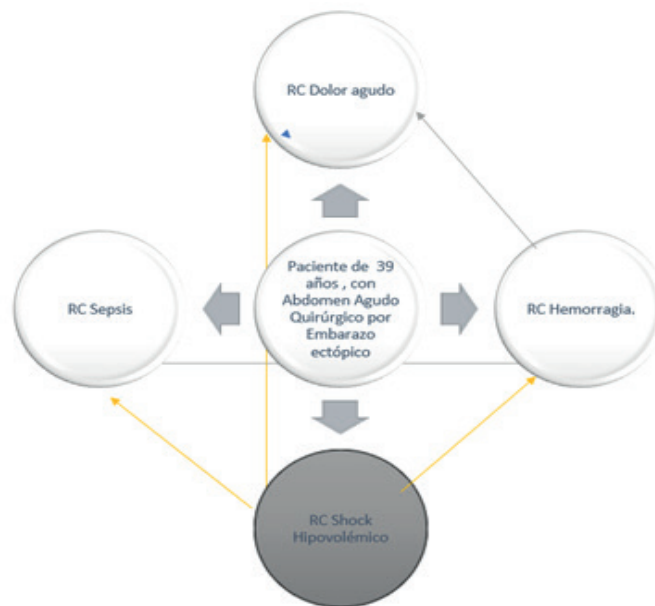


Figura 2. Red de Razonamiento Crítico Basado en el Modelo AREA, para la obtención del Riesgo de Complicación Principal (RCp)

Identificación del RC principal

Para determinar el RC principal se realizó la interrelación de los cuatro riesgos de complicación para el caso embarazo ectópico, siendo el Riesgo de Complicación Shock Hipovolémico es el que más interrelaciones presenta según la figura 2.

Shock Hipovolémico

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

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

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

El embarazo ectópico roto, provoca una hemorragia que se presenta de forma gradual o de manera rápida, pudiendo producir shock hipovolémico, la sangre en el peritoneo produce finalmente peritonitis. Por lo tanto, se considera que la primera complicación es la hemorragia que conlleva a la anemia, poniendo en riesgo de vida a la gestante, pudiendo llegar a la histerectomía; por shock hipovolémico. El diagnóstico del shock hipovolémico es más difícil cuando la fuente de la pérdida de sangre no es visible.

El shock hipovolémico se diagnostica fácilmente cuando existen signos de inestabilidad hemodinámica. En tal sentido, toda paciente en edad fértil, con signo de shock se debe realizar una prueba de descarte de embarazo, su negatividad descarta al embarazo ectópico como causa de Shock Hipovolémico. Los síntomas del Shock Hipovolémico están sujetos a la intensidad, el tipo de líquido perdido y de la repercusión que provoca en el medio interno. Los síntomas inducidos por la hipovolemia se relacionan en principio con la disminución de la perfusión tisular. Las manifestaciones clínicas del Shock Hipovolémico son producidas por las alteraciones del medio interno: debilidad muscular por hipopotasemia o hiperpotasemia, polidipsia y poliuria por hiperglucemia o hiperpotasemia severa y letargia, confusión, convulsiones o coma por hiperglucemia, hiponatremia o hipernatremia.

El descenso del hematocrito sin antecedentes de anemia sugiere hipovolemia por pérdida de sangre, aunque no exista sangrado visible; Las causas de shock con hipovolemia responden bien a la reposición del volumen vascular y deben identificarse de forma rápida.^(73,74)

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

Para concluir, el shock hipovolémico es la consecuencia de diferentes condiciones clínicas o quirúrgicas que

va a producir una pérdida rápida e importante de volumen (hipovolemia), déficit de perfusión tisular y falla de múltiples órganos.^(75,76)

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

PLANIFICACIÓN

Planificación del DxEp

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

DxEp

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

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

Dominio 12: Comodidad

Clase 1: Condición Física

Resultados NOC del DxEp

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

2102 Nivel de dolor

1605 Control del Dolor

3014 Satisfacción del Paciente

2109 Nivel de malestar

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

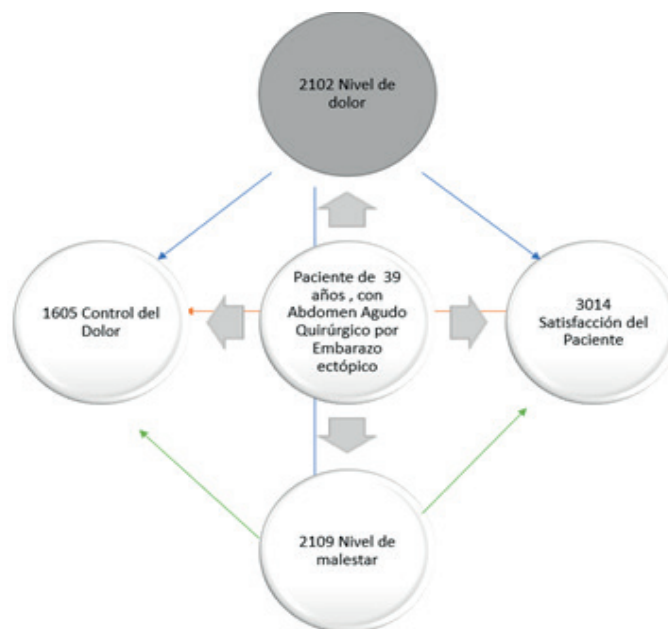


Figura 3. Priorización del NOC del Diagnóstico Principal mediante Red de Razonamiento Crítico Basado en el Modelo AREA

Justificación del NOC Principal del DxEp

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

2102 Nivel de dolor

Definición: “Intensidad del dolor referido o manifestado”.

Dominio V: Salud percibida

Clase V: Sintomatología

Autores determinan que “El dolor es una experiencia desagradable asociada a un daño tisular sea real o

potencial.” Se toma en consideración los parámetros prácticos la escala EVA para el manejo agudo.

El dolor agudo es transitorio, de duración corta y que es provocado por un estímulo adverso. Desaparece cuando el origen es corregido. Las manifestaciones que lo acompañan son taquicardia, polipnea, sudoración.⁽⁷⁷⁾

La evaluación del dolor es de forma subjetiva con la ayuda de escalas del dolor, para la cual es importante la observación, de tal manera que se puedan recolectar datos relevantes para poder brindar una atención eficaz oportuna.^(78,79)

Según autores, para el manejo de dolor, valorada con la escala EVA, se debe considerar las siguientes acciones en la práctica: administración de un tratamiento efectivo para el dolor agudo, facilitar la seguridad evitando las complicaciones del proceso, mantener la funcionalidad física y psicológica, mejorar la calidad de vida dentro de las posibilidades de cada individuo, educar y orientar tanto al paciente como a la familia en el autocuidado y participación.^(70,80)

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

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

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

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

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

Intervenciones (NIC) del DxEP

Las intervenciones se obtuvieron del manual de intervenciones (NIC)

NIC 2210 Administración de analgésicos:

Definición: “Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor”.

Campo 2: Fisiológico: complejo

Clase H: Control de fármacos

Actividades:

- 221001 Determinar la localización, características, calidad y gravedad del dolor antes de colocar analgesia a la paciente.
- 221002 Verificar las indicaciones médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- 221003 Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- 221004 Evidenciar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

NIC 1400 Manejo de dolor

Definición: “Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente”.

Campo 1: Fisiológico: básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Actividades:

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

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

Definición: “Preparación y administración de medicaciones por vía intravenosa”.

Campo 2: Fisiológico: complejo

Clase H: Control de fármacos

Actividades:

- 231401 Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- 231402 Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- 231403 Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. en la vena.
- 231404 Administrar la medicación i.v. a la velocidad adecuada.

Planificación del RC principal

Los objetivos fueron extraídos del manual NOC

Como riesgo de complicación principal: Shock hipovolémico

Resultados NOCp del RCp

Se utiliza la taxonomía NOC para elegir el RC de Shock Hipovolémico:

- 0419 Severidad del shock: hipovolémico.
- 0401 Estado circulatorio
- 0416 Perfusión tisular: celular
- 0413 Severidad de la pérdida de sangre

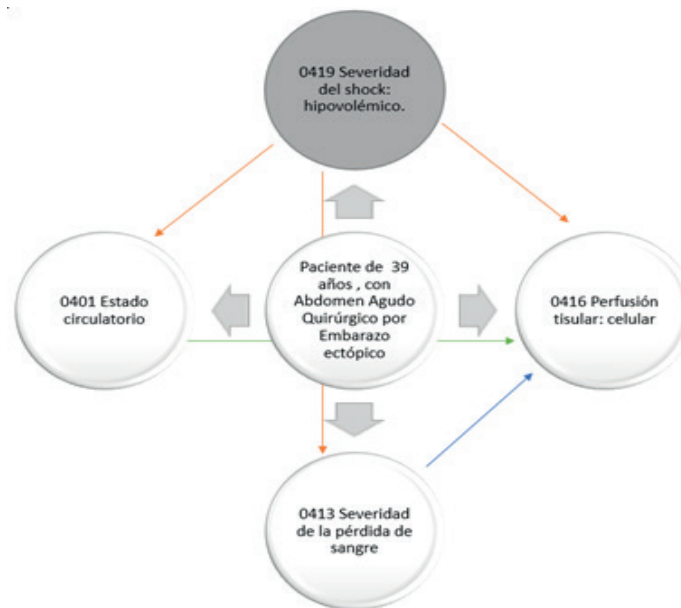
Priorización del NOC del RC Principal mediante Red de Razonamiento crítico basado en el modelo AREA

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

Justificación del NOC principal del RC principal**NOC priorizado del RC Shock Hipovolémico**

(0419) Severidad del shock: hipovolémico.

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

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

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

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

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

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

Intervenciones NIC del RC principal

Las intervenciones fueron sacadas del manual de intervenciones (NIC).

NIC 6680 Monitorización de los signos vitales

Definición: “Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones”.

Campo 4: Seguridad

Clase U : Control en casos de crisis

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

668002 Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).

668003 Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales

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

NIC 4170 Manejo de la hipovolemia

Definición: “Disminución del volumen de líquido extracelular y/o intracelular y prevención de complicaciones en un paciente con sobrecarga de líquidos”.

Dominio 2: Fisiológico: complejo

Clase N: Control de la perfusión tisular

Actividades:

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

NIC 4260 Prevención del shock

Definición: “Detección y tratamiento de un paciente con riesgo de shock inminente”.

Dominio 2. Fisiológico: complejo

Clase N Control de la perfusión tisular

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

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

426003 Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda

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

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

EJECUCIÓN

La ejecución de las intervenciones de enfermería de acuerdo con los diagnósticos priorizados se ha utilizado la Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

Tabla 5. Cronograma de intervenciones/actividades de enfermería en embarazo ectópico					
Fecha	Intervenciones / actividades	Turno			
		M	T	N	
5/06/2022	NIC 2210 Administración de analgésicos				
	Determinar la localización, características, calidad y gravedad del dolor antes de colocar analgesia a la paciente	10	2	8	
	Verificar las indicaciones médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.	11			
	Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia	10	2	8	
	Evidenciar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.	10	2	8	
5/06/2022	NIC 1400 Manejo de dolor				
	Llevar a cabo una valoración del dolor que incluya localización, características, duración, frecuencia, intensidad.	10	2	8	
	Examinar las claves no verbales de dolor.	10		8	
	Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.	10	2	8	
	Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo	10		10	
5/06/2022	NIC 2314 Administración de medicación: intravenosa (i.v.)				
	Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.	10	2	8	
	Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente	10			
	Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. en la vena.	10			
	Administrar la medicación i.v. a la velocidad adecuada.	10	2	8	
5/06/2022	Intervenciones del RCp:				
	NIC 6680 Monitorización de los signos vitales				
	Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda	10	2	8	
	Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).	10		10	
	Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales	10		10	
5/06/2022	Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia	10		10	
	NIC 4170 Manejo de la hipovolemia				
	Observar las fuentes de pérdida de líquido (p. ej., hemorragia, vómitos, diaforesis, y taquipnea).	10			
	Preservar un acceso i.v. permeable.	10			
	Administrar soluciones parenterales prescritas (ej., suero fisiológico).	10	2	8	
5/06/2022	Colocar al paciente de modo que se favorezca la perfusión periférica	10	2	8	
	NIC 4260 Prevención del shock				
	Canalizar y mantener una vía i.v. de calibre grande, según corresponda	10			
	Administrar líquidos i.v. mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda	10	2	8	
	Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda	10			
	Verificar los valores de laboratorio, sobre todo los niveles de Hb y Hct, perfil de coagulación, gasometría arterial y electrolitos.	10		10	

EVALUACIÓN

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

Se observó a la paciente con evolución favorable tras el diagnostico de embarazo ectópico complicado,

mejorando el dolor agudo y reduciendo notable el riesgo de hemorragia. Finalmente se concluye que el conjunto de actividades planificadas fue eficaz en relación con los resultados planificados.

Evaluación del resultado del DxEp

DxEp

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

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

Dominio 12: Comodidad

Clase 1: Condición Física

Tabla 6. Puntuación del NOC principal del DxEp. (Escala Likert: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Normal.)				
NOC	Puntuación Inicial	Puntuación diana	Puntuación final	Tiempo
2102 Nivel de Dolor	2	4	4	12h

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

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

Tabla 7. Puntuación de los indicadores del NOCR del DxER. (Escala Likert:1: Intenso, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Ligero, 5: Sin dolor)				
Indicadores NOC	Puntuación Inicial	Puntuación diana	Puntuación final	Tiempo
210201 Dolor referido	3	4	4	12h
210223 Irritabilidad	3	4	5	12h
210206 Expresiones faciales de dolor	3	4	5	12h
210205 Expresiones orales de dolor	2	4	5	12h
210225 Lágrimas	2	4	5	12h

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

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

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

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

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

Evaluación Del Resultado Del Rc Principal

NOC priorizado del DxEp

2102 Nivel de dolor

Definición: “Intensidad del dolor referido o manifestado”.

Dominio V: Salud percibida

Clase V: Sintomatología

Tabla 8. Evaluación de la puntuación del NOC del RC principal, según Escala Likert: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno

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

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

Tabla 9. Puntuación de los indicadores NOCp del riesgo de complicación principal según Escala Likert:1: Intenso, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Ligero, 5: Ninguno

Indicadores NOC	Puntuación Inicial	Puntuación diana	Puntuación final	Tiempo
041901 Disminución de la presión del pulso	3	4	5	12h
041915 Piel fría y húmeda	3	4	5	12h
041907 Pulso débil, filiforme	3	4	5	12h
041916 Palidez	2	4	4	12h

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

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

En relación con el indicador al (041907) Pulso débil, filiforme: se tiene como puntuación inicial de 3 (Moderado), durante el periodo de 12 horas se obtuvo una puntuación final de 5 (Ninguno). Por consiguiente, el resultado se alcanzó.

El indicador (041916) Palidez: tiene una puntuación inicial de 2 (Sustancial), y se obtuvo como puntuación final 4 (Leve), no alcanzando la puntuación de 5 (Ninguno) debido a que la paciente continua con palidez, por la presencia de anemia.

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

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

DISCUSIÓN

La paciente del presente estudio ingresó al servicio de Emergencia Gineco Obstétrica para ser atendida por presentar dolor abdominal intenso presentando embarazo ectópico y RC de Shock hemorrágico, representando su problema actual de salud.^(81,82)

Tras la revisión bibliográfica se ha obtenido investigaciones que exponen las intervenciones de enfermería a pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.⁽⁸³⁾ Según autores el embarazo ectópico con ruptura provoca una hemorragia que se presenta de forma gradual o de manera rápida, pudiendo desencadenar un shock hemorrágico, finalmente la sangre peritoneal produce peritonitis.^(84,85) Por tanto, se considera que la primera complicación es la hemorragia que conlleva a la anemia, poniendo en riesgo de vida a la gestante, según la complicación e intervención puede llegar a la histerectomía; por shock hipovolémico.^(86,87)

Mediante el PAE se logró realizar la valoración e identificación de las necesidades de la paciente, durante este proceso se resalta la interacción de la enfermera con la misma paciente, que ayudan a identificar mutuamente las necesidades y planear las acciones en busca de estrategias para el afrontamiento del problema actual.^(88,89)

La elaboración y la ejecución del plan de cuidados de enfermería nos permite la valoración de situaciones específicas, proponer diagnósticos de enfermería, planificar intervenciones y actividades relacionadas al problema, implementarlas y realizar la evaluación de los resultados obtenidos.⁽⁹⁰⁻⁹³⁾

La importancia de realizar una buena valoración de enfermería permitirá evitar riesgos de complicación y alguna secuela con daño irreversible en la paciente.⁽⁹⁴⁻⁹⁷⁾ Los cuidados de enfermería con conocimiento científico permiten una atención holística para lograr mejorar la situación de salud e incorporarla a su familia y sociedad.^(98,99)

Para Watson el objetivo del cuidado de enfermería se logra alcanzar mediante el proceso de soporte de persona a persona.⁽¹⁰⁰⁾

La teoría del cuidado humano de Watson representa un compromiso profesional moral y ético, siendo esencial en el proceso de cuidado, que está basado en un enfoque humanista y a su vez muestra un interés profundo por la persona.^(101,102)

Los cuidados de enfermería se basan en conocimientos científicos, y utilizan estrategias para una adecuada intervención mediante el uso de la taxonomía NANDA, NIC, NOC y el Modelo BIFOCAL de Lynda Juall Carpenito, permitiendo tomar la mejor decisión en favor de la estabilidad y recuperación del usuario.^(103,104)

El DxEp dolor agudo, se priorizo debido a que la paciente de estudio refirió un EVA de 10/8, manifestado por expresiones faciales de dolor, lágrimas y verbalmente.^(105,106,107,108,109,110) Se dice que el dolor es una experiencia emocional y sensorial incómoda relacionada al daño tisular real o potencial, teniendo en cuenta este concepto el objetivo principal se centra en reducir el nivel de dolor, para que se pueda tratar el problema de fondo.^(111,112)

El RC de Shock hipovolémico es una complicación del embarazo ectópico que es causa de morbilidad materna. Las intervenciones y/o actividades de enfermería deben estar encaminadas a evitar este tipo de problema.⁽¹¹³⁾ La paciente de estudio, presentó sangrado, y cuyo control de hemoglobina estuvo en 7mg/dl, que determinó la transfusión de tres paquetes globulares antes y después de la intervención quirúrgica.^(114,115) Como mencionan autores la anemia conlleva a un shock hipovolémico de una forma brusca e incontrolable por lo que requiere de una actuación inmediata a través de la identificación de signos y síntomas como parte del examen físico y las manifestaciones de dolor intenso.^(116,117)

Limitaciones

Durante la elaboración del proceso de atención de enfermería se ha encontrado algunas limitaciones no relevantes para continuar brindando los cuidados de enfermería que se aplicaron en las primeras 12 horas, entre ellas las siguientes: No entrevista a familiares para la ampliación de recopilación de los datos, debido a la restricción de visitas por la pandemia COVID 19. Análisis en la búsqueda de diagnósticos y las intervenciones apropiadas para la patología a causa de que en el NOC no se ubica el diagnóstico de embarazo ectópico. No seguimiento permanente de la paciente en los turnos posteriores debido a la programación de turnos rotativos de la jornada laboral.

CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ledesma-Céspedes N, Leyva-Samuel L, Barrios-Ledesma L. Use of radiographs in endodontic treatments in pregnant women. *AG Odontología* 2023;1:3-3. <https://doi.org/10.62486/agodonto20233>.
2. Ñope EMG, Claudio BAM, Ruiz JAZ. The Service Quality of a Feed Industry Company. *Southern Perspective / Perspectiva Austral* 2023;1:9-9. <https://doi.org/10.56294/pa20239>.
3. Araneo J, Escudero FI, Arbizu MAM, Trivarelli CB, Dooren MCVD, Lichtensztejn M, et al. Wellness and Integrative Health Education Campaign by undergraduate students in Music Therapy. *Community and Interculturality in Dialogue* 2024;4:117-117. <https://doi.org/10.56294/cid2024117>.
4. Pregowska A, Osial M, Gajda A. What will the education of the future look like? How have Metaverse and

Extended Reality affected the higher education systems? Metaverse Basic and Applied Research 2024;3:57-57. <https://doi.org/10.56294/mr202457>.

5. Vallejo RG. The Role of Avatars in Language Learning in the Metaverse. Metaverse Basic and Applied Research 2024;3:62-62. <https://doi.org/10.56294/mr202462>.

6. Figueredo-Rigores A, Blanco-Romero L, Llevat-Romero D. Systemic view of periodontal diseases. AG Odontologia 2023;1:14-14. <https://doi.org/10.62486/agodonto202314>.

7. Rocha J. Terapéutica farmacológica actual para artritis reumatoide, factores para su eficacia y complicaciones asociadas: revisión sistemática. Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria 2024;4:76-76. <https://doi.org/10.56294/ri202476>.

8. Diaz DPM. Staff turnover in companies. AG Managment 2023;1:16-16. <https://doi.org/10.62486/agma202316>.

9. Asencios-Trujillo L, Asencios-Trujillo L, Rosa-Longobardi CL, Gallegos-Espinoza D, Piñas-Rivera L. Stress level in nursing professionals in a hospital center during the COVID-19 pandemic. Health Leadership and Quality of Life 2024;3:45-45. <https://doi.org/10.56294/hl202445>.

10. Díaz EAA, Ortega RO, Gaínza FWR, González DM, Guerra DP. Sociodemographic characterization and marital status of older adults victims of violence. Salud Integral y Comunitaria 2024;2:48-48. <https://doi.org/10.62486/sic202448>.

11. Rodríguez LPM, Sánchez PAS. Social appropriation of knowledge applying the knowledge management methodology. Case study: San Miguel de Sema, Boyacá. AG Managment 2023;1:13-13. <https://doi.org/10.62486/agma202313>.

12. Malaver YYV, Claudio BAM, Ruiz JAZ. Quality of service and user satisfaction of a police station in a district of northern Lima. Southern Perspective / Perspectiva Austral 2024;2:20-20. <https://doi.org/10.56294/pa202420>.

13. Chalan SAL, Hinojosa BLA, Claudio BAM, Mendoza OAV. Quality of service and customer satisfaction in the beauty industry in the district of Los Olivos, 2023. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations 2023;1:5-5. <https://doi.org/10.56294/piii20235>.

14. Viera EJJ, Meléndez NMN, Claudio MCM, Ruiz JAZ. Selection process in the Operations area of a company in the ecological sector. Southern Perspective / Perspectiva Austral 2023;1:13-13. <https://doi.org/10.56294/pa202313>.

15. Carlos EG, Paucar EC. Role of the nurse in post cesarean section patient with hellp syndrome in the obstetrics and gynecology service of a National Hospital. Salud Integral y Comunitaria 2024;2:37-37. <https://doi.org/10.62486/sic202437>.

16. Saavedra MOR. Revaluation of Property, Plant and Equipment under the criteria of IAS 16: Property, Plant and Equipment. AG Managment 2023;1:11-11. <https://doi.org/10.62486/agma202311>.

17. Pitta MG, Zhang K, Rosa GH de M, Santo LH do E, Guirro EC de O, Araujo JE de. Effects of Cholinergic Receptor Activation and Magnetic Fields on Motor Behavior in Ischemic Gerbils: Effects of Cholinergic Receptor Activation and Magnetic Fields. Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria 2024;4:70-70. <https://doi.org/10.56294/ri202470>.

18. Gonzalez-Argote J, Castillo-González W. Performance of ChatGPT tool in the resolution of residency exams in Argentina. Seminars in Medical Writing and Education 2024;3:56-56. <https://doi.org/10.56294/mw202456>.

19. Montano-Silva RM, Abraham-Millán Y, Reyes-Cortiña G, Silva-Vázquez F, Fernández-Brefe T, Diéguez-Mayet Y. Programa educativo “Sonrisa saludable” para infantes de educación preescolar: conocimiento sobre salud bucodental. Community and Interculturality in Dialogue 2024;4:123-123. <https://doi.org/10.56294/>

cid2024123.

20. Fatima A, Dash PJ, Gupta S, Khan S. Physiotherapy for Alzheimer's Disease: A Case Report. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria* 2024;4:83-83. <https://doi.org/10.56294/ri202483>.

21. Lamorú-Pardo AM, Álvarez-Romero Y, Rubio-Díaz D, González-Alvarez A, Pérez-Roque L, Vargas-Labrada LS. Dental caries, nutritional status and oral hygiene in schoolchildren, La Demajagua, 2022. *AG Odontologia* 2023;1:8-8. <https://doi.org/10.62486/agodonto20238>.

22. Martínez CEM, Eliska PV, Hilario SDV. Nursing care in postoperative patient of adnexal cyst in the obstetrics and gynecology service, in a national hospital of Calla. *Salud Integral y Comunitaria* 2024;2:30-30. <https://doi.org/10.62486/sic202430>.

23. Pupo-Martínez Y, Dalmau-Ramírez E, Meriño-Collazo L, Céspedes-Proenza I, Cruz-Sánchez A, Blanco-Romero L. Occlusal changes in primary dentition after treatment of dental interferences. *AG Odontologia* 2023;1:10-10. <https://doi.org/10.62486/agodonto202310>.

24. Saravia VLC, Saravia BGFV de, Hilario SDV. Nursing care in post-surgical patient of adnexal cystectomy in the obstetrics and gynecology service of a national hospital - Chincha. *Salud Integral y Comunitaria* 2024;2:39-39. <https://doi.org/10.62486/sic202439>.

25. Puerto MSC, Vázquez MS. Intersección entre Autismo, Trastorno del Espectro Autista (TEA) e Inmigración: una revisión de alcance. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria* 2024;4:77-77. <https://doi.org/10.56294/ri202477>.

26. Enriquez JAA, Flore JJC, Calvopiña MBG, Uribe MAQ, Tigasi ALU. Institutional contamination produced by student waste at the Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE Latacunga campus during the may-september 2023 semester. *AG Multidisciplinar* 2023;1:22-22. <https://doi.org/10.62486/agmu202322>.

27. Ramírez P L. Innovating in Mental Health: Metacognitive Psychotherapy. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria* 2024;4:74-74. <https://doi.org/10.56294/ri202474>.

28. Barbaran JPC, Cuitiño RL, Gómez NS, Jaramillo CE, Meza AS, Nieto IB. Death as a thread of Cultural and Religious Identity. *Community and Interculturality in Dialogue* 2024;4:96-96. <https://doi.org/10.56294/cid202496>.

29. Sánchez LYO, Bolívar LS. Negatives Effects of Forestation. *AG Multidisciplinar* 2023;1:19-19. <https://doi.org/10.62486/agmu202319>.

30. Céspedes-Proenza I, La-O-Rojas Y, García-Bacallao Y, Leyva-Samuel L, Padín-Gámez Y, Crispin-Rodríguez D. Intervención educativa sobre cáncer bucal en pacientes de alto riesgo mayores de 35 años. *Community and Interculturality in Dialogue* 2024;4:127-127. <https://doi.org/10.56294/cid2024127>.

31. Asencios-Trujillo L, Asencios-Trujillo L, Rosa-Longobardi CL, Gallegos-Espinoza D, Piñas-Rivera L. Level of empathy in nursing professionals working in a hospital institution in Callao. *Health Leadership and Quality of Life* 2024;3:44-44. <https://doi.org/10.56294/hl202444>.

32. Haque MA, Rahman M, Faizanuddin M, Anwar D. Educational Horizons of the Metaverse: Vision, Opportunities, and Challenges. *Metaverse Basic and Applied Research* 2024;3:60-60. <https://doi.org/10.56294/mr202460>.

33. Asencios-Trujillo L, Asencios-Trujillo L, Rosa-Longobardi CL, Gallegos-Espinoza D, Piñas-Rivera L. E-health literacy level of university teachers attending first level health centers in South Lima. *Health Leadership and Quality of Life* 2024;3:49-49. <https://doi.org/10.56294/hl202449>.

34. Fernandez LEM, Hinojosa BLA, Claudio BAM, Mendoza OAV. Customer experience and customer loyalty in a gastronomic company. *SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations* 2023;1:10-10. <https://doi.org/10.56294/piii202310>.

35. Castillo VS, Cano CAG. Gamification and motivation: an analysis of its impact on corporate learning.

Gamification and Augmented Reality 2024;2:26-26. <https://doi.org/10.56294/gr202426>.

36. Aboyade WA, Ndubuisi-Okoh EO, Okoche C, Oladokun BD. Impact of Predatory Journal Publishing on Scholarly Practices among Academic Librarians in Nigeria: A Systematic Review of Literature. *Seminars in Medical Writing and Education* 2024;3:60-60. <https://doi.org/10.56294/mw202460>.

37. Auza-Santiváñez JC, Díaz JAC, Cruz OAV, Robles-Nina SM, Escalante CS, Huanca BA. Gamification in personal health management: a focus on mobile apps. *Gamification and Augmented Reality* 2024;2:31-31. <https://doi.org/10.56294/gr202431>.

38. Diaz AMS, Sanchez MNN, Hinojosa BLA, Claudio BAM, Mendoza OAV. Digital marketing and brand positioning in a dental company in North Lima. *SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations* 2023;1:8-8. <https://doi.org/10.56294/piii20238>.

39. Mitchell AEP, Butterworth S. Designing an accessible and equitable conference and the evaluation of the barriers to research inclusion for rare disease communities. *Community and Interculturality in Dialogue* 2024;4:106-106. <https://doi.org/10.56294/cid2024106>.

40. Chávez JJB, Trujillo REO, Hinojosa BLA, Claudio BAM, Mendoza OAV. Influencer marketing and the buying decision of generation “Z” consumers in beauty and personal care companies. *SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations* 2023;1:7-7. <https://doi.org/10.56294/piii20237>.

41. Martínez MCH, Medina MAG. Impact of Toxic Substance Use on Quality of Life in Adolescents. *Health Leadership and Quality of Life* 2024;3:42-42. <https://doi.org/10.56294/hl202442>.

42. Machuca-Contreras F, Lepez CO, Canova-Barrios C. Influence of virtual reality and augmented reality on mental health. *Gamification and Augmented Reality* 2024;2:25-25. <https://doi.org/10.56294/gr202425>.

43. Vinent IMP. Corporal Expression as a broad spectrum psycho-pedagogical resource. *Seminars in Medical Writing and Education* 2024;3:48-48. <https://doi.org/10.56294/mw202448>.

44. Espinosa JCG, Sánchez LML, Pereira MAF. Benefits of Artificial Intelligence in human talent management. *AG Multidisciplinar* 2023;1:14-14. <https://doi.org/10.62486/agmu202314>.

45. Amado DPA, Diaz FAC, Pantoja R del PC, Sanchez LMB. Benefits of Artificial Intelligence and its Innovation in Organizations. *AG Multidisciplinar* 2023;1:15-15. <https://doi.org/10.62486/agmu202315>.

46. Batista-Mariño Y, Gutiérrez-Cristo HG, Díaz-Vidal M, Peña-Marrero Y, Mulet-Labrada S, Díaz LE-R. Behavior of stomatological emergencies of dental origin. *Mario Pozo Ochoa Stomatology Clinic*. 2022-2023. *AG Odontología* 2023;1:6-6. <https://doi.org/10.62486/agodonto20236>.

47. Osorio CA, Londoño CÁ. El dictamen pericial en la jurisdicción contenciosa administrativa de conformidad con la ley 2080 de 2021. *Southern Perspective / Perspectiva Austral* 2024;2:22-22. <https://doi.org/10.56294/pa202422>.

48. Juarez AS, Flores JNS, Hinojosa BLA, Claudio BAM, Mendoza OAV. El marketing de contenidos y la decisión de compra de la Generación Z en una universidad privada de Lima Norte. *SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations* 2023;1:6-6. <https://doi.org/10.56294/piii20236>.

49. Uwhejevwe-Togbolo SE, Elugom FEF, Ofomaja NI. Ethical use of data in the metaverse for corporate social responsibility. *Metaverse Basic and Applied Research* 2024;3:61-61. <https://doi.org/10.56294/mr202461>.

50. Diseiye O, Ukubeyinje SE, Oladokun BD, Kakwagh VV. Emerging Technologies: Leveraging Digital Literacy for Self-Sufficiency Among Library Professionals. *Metaverse Basic and Applied Research* 2024;3:59-59. <https://doi.org/10.56294/mr202459>.

51. Caillagua C, Tenelema H, Toasa D, Tovar D. Análisis de la calidad del agua potable en el sector Belisario Quevedo, barrio Cuatro Esquinas, durante el periodo de mayo a septiembre de 2023. *AG Multidisciplinar* 2023;1:21-21. <https://doi.org/10.62486/agmu202321>.

52. Olguín-Martínez CM, Velarde-Osuna DV, Nieves-Lizárraga DO, Rosales MTDJDLP, Buelna-Sánchez R, Vásquez MPR, et al. Applications of augmented reality technology in design process. *Gamification and Augmented Reality* 2024;2:33-33. <https://doi.org/10.56294/gr202433>.
53. Rodríguez AL. Analysis of associative entrepreneurship as a territorial strategy in the municipality of Mesetas, Meta. *AG Managment* 2023;1:15-15. <https://doi.org/10.62486/agma202315>.
54. Cubela FJM, Zaldivar NME, Torres YRF, Benítez K de la CG, Torres AM, Torres NIV. Epilepsy Web, a tool for learning content related to epilepsy in pediatrics. *Gamification and Augmented Reality* 2024;2:35-35. <https://doi.org/10.56294/gr202435>.
55. Roa BAV, Ortiz MAC, Cano CAG. Analysis of the simple tax regime in Colombia, case of night traders in the city of Florencia, Caquetá. *AG Managment* 2023;1:14-14. <https://doi.org/10.62486/agma202314>.
56. Almeida RM, Fontes-Pereira AJ. Availability of retracted Covid-19 papers on Internet research-sharing platforms. *Seminars in Medical Writing and Education* 2024;3:54-54. <https://doi.org/10.56294/mw202454>.
57. Zapata RE, Guerrero EC, Montilla RE. Emerging Technologies in Education: A Bibliometric Analysis of Artificial Intelligence and its Applications in Health Sciences. *Seminars in Medical Writing and Education* 2024;3:49-49. <https://doi.org/10.56294/mw202449>.
58. Mosquera ASB, Román-Mireles A, Rodríguez-Álvarez AM, Esmeraldas E del CO, Nieves-Lizárraga DO, Velarde-Osuna DV, et al. Gamification and development of social skills in education. *Salud Integral y Comunitaria* 2024;2:58-58. <https://doi.org/10.62486/sic202458>.
59. Asencios-Trujillo L, Asencios-Trujillo L, Rosa-Longobardi CL, Gallegos-Espinoza D, Piñas-Rivera L. Fear in health professionals working in a hospital institution in Covid-19. *Health Leadership and Quality of Life* 2024;3:34-34. <https://doi.org/10.56294/hl202434>.
60. Carpenito LJ. *Manual de diagnósticos de enfermeros*. 15a ed. España: Wolters Kluwer; 2018.
61. Herdman T, NANDA International, Kamitsuru S. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2021-2023. 12a ed. España: Elsevier; 2021.
62. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres C. *Metodología de la Investigación*. Lasrutat cuantitativa, cualitativa y mixta. 1a ed. España: McGraw Hill; 2020.
63. Sarduy Lugo A. *Aplicación del proceso enfermero en usuaria con embarazo ectópico tubárico*. Hospital Básico Rafael Serrano López La Libertad 2020. Tesis de grado. Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2021.
64. Murillo Torres D. *Abordaje enfermero del embarazo ectópico*. Tesis de grado. Universidad Católica de Murcia, 2020.
65. Caballero R, Simeoni IA, Lepez CO. Calidad con criterios epistemológicos subyacente. *Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias* 2023;2:447-447. <https://doi.org/10.56294/sctconf2023447>.
66. Pacagnella RC, Borovac-Pinheiro A. Assessing and managing hypovolemic shock in puerperal women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2019;61:89-105.
67. Kisilitsina ON, Rich JD, Wilcox JE, Pham DT, Churyla A, Vorovich EB, et al. Shock-classification and pathophysiological principles of therapeutics. *Current cardiology reviews* 2019;15:102-13.
68. Moltó B. Proceso de atención de enfermería en un paciente con embarazo ectópico ovárico. Caso clínico. *Revista Electrónica de Portales Médicos Com* 2022;17:279.
69. Villacorta Díaz LC, Trujillo Pajares EJ, Gonzales Risco VL. Rol de enfermería en el manejo del embarazo ectópico. *Caja del Seguro Social* 2021;4:256-65.

70. Ccayanchira Domínguez M, Sicha Cueto IS. Cuidados de enfermería en embarazo ectópico complicado del servicio de Ginecología de un hospital nacional de Ayacucho, 2021. Tesis de maestría. Universidad Peruana Unión, 2022.
71. Soria AEL. Atención de enfermería en el embarazo ectópico. *Revista de Enfermería Herediana* 2019;11:116-21.
72. Mejía Sifuentes J. Beneficios del uso de metotrexato vs. del tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico no complicado en el instituto nacional materno perinatal durante los años 2014-2015. Tesis de grado. Universidad Ricardo Palma, 2018.
73. Melgarejo De la Cruz E. Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pos operado de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado en la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018. Tesis de grado. Universidad Peruana Unión, 2018.
74. Pérez Pacheco FS. Proceso de atención de enfermería a paciente con embarazo ectópico y abdomen agudo, del servicio de emergencia de ginecobstetricia de un hospital de Lima, 2021. Tesis de maestría. Universidad Peruana Unión, 2022.
75. Matos H, Rodríguez O, Estrada G, Martínez M, Saap A, Osorio M, et al. Caracterización de embarazo ectópico. *Revista Información Científica* 2018;97:1100-10.
76. Chiguay Copa HA. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el Hospital III Goyeneche, Arequipa, en el período enero-diciembre 2020. Tesis de grado. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2021.
77. Torres EA, Arriaga JD, Gómez RR, Martínez LG. Proceso de atención de enfermería a paciente con embarazo ectópico. *Revista Conamed* 2022;27:14-22.
78. Gasparri ML, Mueller MD, Taghavi K, Papadia A. Conventional versus single port laparoscopy for the surgical treatment of ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Gynecologic and obstetric investigation* 2018;83:329-37.
79. Carrillo R, De La Torre T, Nava JA, Posada A, Pérez ÁA, De La Torre MA, et al. Consenso multidisciplinario para el manejo de la hemorragia obstétrica en el perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2018;41:155-82.
80. De La Cruz Mansilla S. Cuidados de enfermería a Pacientes con embarazo ectópico en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2015 - 2017. Tesis de grado. Universidad Nacional del Callao, 2018.
81. Naranjo-Hernández Y, González-Hernández L, Sánchez-Carmenate M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. *Revista Archivo Médico de Camagüey* 2018;22:831-42.
82. Quispe Vargas R. Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el área de ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2018. Universidad Nacional del Altiplano, 2019.
83. Ortega Alonzo S, Valdez Blanco F, Garza Saldaña D. PREM de Ginecología: capacitación para el ENARM. 1a ed. México: Editorial Digital del Tecnológico de Monterrey; 2019.
84. Santiago Trujillo JS, Taipe Azañero CJ. Cuidados de enfermería en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2015-2018. Tesis de maestría. Universidad Peruana Unión, 2020.
85. Vargas D, Chávez J, Paz J, Santillán D. Cuidados de enfermería en paciente con diagnóstico de embarazo ectópico: caso clínico. *Revista Científica de la Sociedad de Estudiantes de Medicina* 2018;21:20-5.
86. Chinizaca Torres DA. Prevalencia y factores asociados al embarazo ectópico en mujeres de edad fértil atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2016-2018. Tesis de grado. Universidad Católica de

Cuenca, 2019.

87. Mieles Orlando AM, Rosado Gómez NI. Prevalencia y evaluación del shock hipovolémico por embarazo ectópico en mujeres de 20 a 35 años atendidas en el hospital general norte de Guayaquil, los Ceibos durante el periodo de enero 2017 y 2019. Tesis de grado. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2021.

88. Téllez LJ. Percepción del cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería en pacientes hospitalizados. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* 2018;11:55-63.

89. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Delille-Fuentes R, Hernández-Ortiz A, Carrillo-Esper R, Moyao-García D. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. *Cirugía y Cirujanos* 2005;73:223-32.

90. Marion LL, Meeks GR. Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. 2012.

91. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician* 2020;101:599-606.

92. Sheerin F, Martín Iglesias S, Romero Sánchez J, Paans P, editores. E-salud y lenguajes enfermeros estandarizados. 1a ed. España: AENTDE; 2017.

93. Cabo de Villa ED, Morejón Hernández JM, Acosta Figueredo E. Dolor y analgésicos. Algunas consideraciones oportunas. *MediSur* 2020;18:694-705.

94. Zambrano LL, Santisteban AS, Zuñiga JM, Revilla AJ, Reyna FR. Embarazo ectópico complicado. *Revista Médica de Risaralda* 2018;5:78-84.

95. Yabar A, Arellano N, Pérez M, Cordova A, Vilchez G, Sánchez G, et al. Embarazo ectópico. *Revista Médica Basadrina* 2021;5:34-42.

96. Parra AIR. Embarazo ectópico. *Revista Médica Nasajpg* 2019;1.

97. Roy C, Andrew T, Heather K. El modelo de adaptación de Roy. Elsevier España; 2011.

98. Carvajal Hermida EY, Sánchez-Herrera B. "Nursing Care with a Human Approach": A Model for Practice with Service Excellence. *Aquichan* 2018;18:149-59.

99. Figueredo-Borda N, Ramírez-Pereira M, Nurczyk S, Diaz-Videla V. Modelos y Teorías de Enfermería: Sustento para los Cuidados Paliativos. *Enfermería (Montev)* 2019;8. <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>.

100. Feliú Escalona B, Estrada Muñoz R. Modelo atención de enfermería comunitaria. 1a ed. España: WALSDUD; 1997.

101. Bertin F, Montecinos M, Torres P, Pinto P. Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2019;84:55-63. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000100055>.

102. Lizardo Villaorduña CM. Embarazo ectópico complicado en paciente tercigesta en hospital II-2 Huaraz, 2018. Tesis de grado. Universidad José Carlos Mariátegui, 2021.

103. Shapiama Ojeda S. Manejo de enfermería en paciente con embarazo ectópico. Tesis de grado. Universidad Peruana Unión, 2018.

104. Rodríguez A, Kessler RC. Lecciones aprendidas para el manejo del choque en la atención al trauma. *Seminarios de Anestesia, Reanimación y Medicina del Dolor* 2020;41:166-72.

105. Yauri AP, Mejia KA, Ito K. Factores asociados al embarazo ectópico. *Revista de Enfermería Herediana* 2018;9:28-35.

106. Berrios Alvarez MD. Factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital

Antonio Lorena, Cusco 2018. Tesis de grado. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2019.

107. Núñez E, Panta O. Enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico previo y antecedente de cirugía tubárica como factores de riesgo de embarazo ectópico. Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2000-2015. 2018.

108. Liang HH, Vargas JS, Sánchez AGH, Mora JV. Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Revista clínica de la escuela de medicina de la universidad de Costa Rica 2019;9:28-36.

109. Ramos Fernández MA, Vera RP, Cruz LIL, Rueda BA, Martínez EB. Embarazo ectópico: Factores de riesgo y principales manifestaciones clínicas. Revista Virtual Universidad Católica del Norte 2021;65:163-74.

110. Saucedo S, Villanueva J, Rodríguez S, Hernández V, Páez M, Ortega E. Embarazo ectópico en adolescentes. Revista Mexicana de Pediatría 2019;86:288-92.

111. Cannon JW. Hemorrhagic Shock. N Engl J Med 2018;378:370-9.

112. Castiblanco RA, Coronado CM, Morales LV, Polo TV, Saavedra AJ. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Revista Cuidarte 2022;13:1-18. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2075>.

113. Zhunio Ponce VC. Factores asociados al embarazo ectópico en mujeres de 15 a 49 años atendidas en el hospital Santa Rosa de Piura, 2018. Tesis de grado. Universidad Peruana Unión, 2019.

114. Mamani Barboza A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017-Puno. Tesis de grado. Universidad Nacional del Altiplano, 2018.

115. Uribe C. Factores asociados al embarazo ectópico en un hospital de alta complejidad. Medellín. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2018;83:567-71.

116. Garita SE, Fernández JCG, Alvarado GP. Generalidades del embarazo ectópico. Revista Médica Sinergia 2021;6:e670-e670.

117. Huerta Verde LV, López Villanueva DJ. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, hospital Victor Ramos Guardia Huaraz, 2019. Tesis de grado. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, 2022.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo.

CONFLICTO DE INTERES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Olivia Edith Pulcha Llerena, Sofía Dora Vivanco Hilario.

Investigación: Olivia Edith Pulcha Llerena, Sofía Dora Vivanco Hilario.

Metodología: Olivia Edith Pulcha Llerena, Sofía Dora Vivanco Hilario.

Administración del proyecto: Olivia Edith Pulcha Llerena, Sofía Dora Vivanco Hilario.

Redacción-borrador original: Olivia Edith Pulcha Llerena, Sofía Dora Vivanco Hilario.

Redacción-revisión y edición: Olivia Edith Pulcha Llerena, Sofía Dora Vivanco Hilario.