



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

Cuidados de enfermería en embarazo ectópico

Trabajo de titulación para optar al Título de Licenciada en Enfermería

Autor:

Armijos Bolaños, Gabriela Vanessa

Gualli Cunchi, Jessica Maribel

Tutor:

MSc. Andrea Cristina Torres Jara

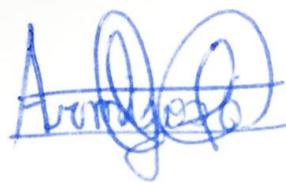
Riobamba, Ecuador. 2024

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotras, Armijos Bolaños Gabriela Vanessa, con cédula de ciudadanía 0401632070, y Gualli Cunchi Jessica Maribel, con cédula de ciudadanía 0250218112, autoras del trabajo de investigación titulado: Cuidados de enfermería en embarazo ectópico, certificamos que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 14 de junio de 2024



Gabriela Vanessa Armijos Bolaños
C.I: 0401632070



Jessica Maribel Gualli Cunchi
C.I: 0250218112

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Tutor y Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Cuidados de enfermería en embarazo ectópico, presentado por: Armijos Bolaños Gabriela Vanessa con cédula de ciudadanía 0401632070 y Gualli Cunchi Jessica Maribel con cédula de identidad número 0250218112, certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha asesorado durante el desarrollo, revisado y evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 25 de Julio 2024

Mgs. Jimena Alexandra Morales Guaraca
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

Mgs. Ivone de Lourdes Santillán Castillo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

Mgs. Verónica del Rocío Centeno Barahona
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

Mgs. Andrea Cristina Torres Jara
TUTORA



Firma

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Cuidados de enfermería en embarazo ectópico por Armijos Bolaños Gabriela Vanessa, con cédula de identidad número 0401632070 y Gualli Cunchi Jessica Maribel, con cédula de ciudadanía 0250218112 bajo la tutoría de MsC. Andrea Cristina Torres Jara certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

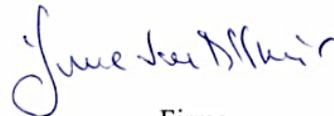
De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 25 de Julio 2024.

Mgs. Jimena Alexandra Morales Guaraca
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

Mgs. Ivone de Lourdes Santillán Castillo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

Mgs. Verónica del Rocío Centeno Barahona
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

CERTIFICADO ANTIPLAGIO



Comisión de Investigación y Desarrollo
FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD



Riobamba, 09 de julio del 2024
Oficio N°041-2024-1S-TURNITIN -CID-2024

Dra. Paola Machado
DIRECTOR CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **MsC. Andrea Cristina Torres Jara**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N°0782-D-FCS-ACADÉMICO-UNACH-2024, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa TURNITIN, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos de los estudiantes	% TURNITIN verificado	Validación	
					Si	No
1	0782-D-FCS-14-06-2024	Cuidados de Enfermería en embarazo ectópico	Armijos Bolaños Gabriela Vanessa Gualli Cunchi Jessica Maribel	10	x	

Atentamente



PhD. Francisco Javier Ustáriz Fajardo
Delegado Programa TURNITIN
FCS / UNACH
C/c Dr. Vinicio Moreno – Decano FCS



CIENCIAS DE LA SALUD SOLUDABLE recomienda: utilizar ropa y calzado que cubra áreas expuestas a sol, gafas, gorra o sombrero para la realización de actividades al aire libre, que de preferencia se realizarán en espacios con sombra entre las 10h00 y 15h00; crema fotoprotectora de amplio espectro resistente al agua todos los días y cada dos horas si hay exposición al sol. La protección solar y cuidado de la piel es nuestra responsabilidad, POR NUESTRA PIEL SOLUDABLE.



Av. Antonio José de Sucre, Km. 1.5
Correo: francisco.ustariz@unach.edu.ec
Riobamba - Ecuador

Unach.edu.ec
en movimiento



soludable

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación está dedicado a mis padres, por ser mi mayor inspiración y guía de amor incondicional que me motivaron durante todo el proceso académico, gracias a ellos estoy por convertir un sueño en realidad, son mi orgullo y mi fortaleza para continuar con mis metas.

A mis compañeros de vida Brayan y Keyner por ser el pilar fundamental en los momentos de debilidad como no agradecerle por su amor y paciencia, se convirtieron en esa pequeña luz en medio de la oscuridad, son el regalo más maravilloso que dios me dio.

A mi familia y amigos por estar presentes, guiando mis pasos y compartiendo consejos que me ayudaron en mi formación académica.

Cuanto más fuertes sean tus pruebas, más grandes serán tus victorias.

Gabriela Armijos

A Dios, por siempre darme sabiduría y fortaleza para no rendir en este proceso educativo que día a día me daba las fuerzas necesarias. A mis padres Segundo y María quienes me dieron su apoyo incondicional y nunca me dejaron sola; quienes permanecían conmigo durante toda mi etapa.

Para mi esposo quien fue mi mayor ejemplo de perseverancia, lucha y superación; a mi hija Samy, quien fue mi mayor motivo de continuar con mis estudios a pesar de su condición de salud, con sus sonrisas y ocurrencias me levantaba los ánimos.

A mis abuelos salvador y Rosalía, que han sido un pilar fundamental en este trayecto por el esfuerzo y sacrificio que han hecho para verme realizada como profesional

Finalmente, a toda mi familia y amigos quienes me brindaron su apoyo durante mi proceso educativo.

Jessica Gualli

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme cumplir mis metas, a mi familia por brindarme su apoyo y amor incondicional durante todo el trayecto de mi formación académica profesional.

De igual forma quiero expresar mi más grande y sincero respeto y agradecimiento a la MsC. Andrea Cristina Torres Jara, asesora principal que con su colaboración durante todo el proceso de titulación compartió sus conocimientos, sabiduría y experiencia para el desarrollo de este trabajo, por último, agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo, la Carrera de Enfermería y a su planta docente por formar académicamente a futuros profesionales.

Gabriela Armijos

A nuestro ser supremo Dios, quien nos dio la fuerza y la valentía de llegar hasta este punto. A la Universidad Nacional de Chimborazo, que nos abrió las puertas del aprendizaje, que además nos ha dado oportunidades para poder adquirir experiencia y vivir hermosos momentos.

También a las y los docentes de la carrera de Enfermería, quienes nos tuvieron paciencia y nos brindaron todos los conocimientos necesarios para ir avanzando en cada semestre.

Finalmente expresar a la tutora, MsC. Andrea Torres, por su orientación, paciencia y valiosas enseñanzas que han enriquecido mi aprendizaje en este proceso.

Jessica Gualli

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE ANEXOS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.....12

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO..... 15

CAPITULO III. METODOLOGÍA 21

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 23

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 26

BIBLIOGRAFÍA 28

ANEXOS 34

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. ALGORITMO DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	34
ANEXOS 2. TABLA INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LAS INTERVENCIONES NIC Y EL MODELO DE VALORACION DE MARJORY GORDON.....	35
ANEXO 3. TABLA CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO ECTÓPICO	39
ANEXOS 4. ESCALAS DE VALORACIÓN A PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO.....	46

RESUMEN

El embarazo ectópico es el óvulo fertilizado que se implanta fuera del útero, generalmente en las trompas de Falopio. Este estudio se desarrolló utilizando una metodología de revisión bibliográfica cualitativa y descriptiva, con el propósito de describir los cuidados de enfermería en este tipo de patología mediante el análisis de 63 fuentes de información, incluyendo artículos científicos, libros, revistas y sitios web relevantes y verificados. El proyecto también investigó los distintos enfoques de cuidados a nivel hospitalario como el control de signos vitales, vigilar los signos de shock, administración de analgésicos y tratamiento conservadores e intervenciones quirúrgicas, evaluando su eficacia e implicaciones para la salud materna. Se abordaron los aspectos psicológicos y emocionales asociados con el embarazo ectópico, destacando la importancia de brindar apoyo emocional a las pacientes y sus familias durante este difícil proceso, utilizando la taxonomía NANDA para las intervenciones de enfermería aplicadas por los profesionales de enfermería. Finalmente, se resalta la necesidad de una atención integral y compasiva por parte del personal de enfermería, Además la formación continua de los profesionales de la salud en el manejo de embarazos ectópicos, protocolos específicos para mejorar la calidad de la atención y los resultados clínicos.

Palabras claves: Embarazo ectópico, cuidados de enfermería, factores de riesgo, metrotexato, tratamiento.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is the fertilized egg that implants outside the uterus, usually in the fallopian tubes. This study was developed using a qualitative and descriptive bibliographic review methodology to describe nursing care in this type of pathology by analyzing 63 sources of information, including scientific articles, books, magazines, and relevant and verified websites. The project also investigated different care approaches at the hospital level, such as monitoring vital signs, monitoring for signs of shock, administration of analgesics and conservative treatments and surgical interventions, and evaluating their effectiveness and implications for maternal health. The psychological and emotional aspects associated with ectopic pregnancy were addressed, highlighting the importance of providing emotional support to patients and their families during this challenging process, using the NANDA taxonomy for nursing interventions applied by nursing professionals. Finally, the need for comprehensive and compassionate care by nursing staff is highlighted, in addition to the continuous training of health professionals in managing ectopic pregnancies and specific protocols to improve the quality of care and clinical results.

Keywords: Ectopic pregnancy, nursing care, risk factors, methotrexate, treatment.



Reviewed by:
Mgs. Maria Fernanda Ponce
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 0603818188

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación del blastocisto en el exterior de la cavidad endometrial, se origina por una lesión tubárica secundaria, inflamaciones o causas ovulares, está identificada como urgencia obstétrica debido a un alto factor de riesgo contra la vida, con el pasar del tiempo continúa causando morbilidad durante el primer trimestre del embarazo, en la actualidad esta patología ocurre entre el 1-2% de todos los embarazos ⁽¹⁾.

El proceso de fecundación del óvulo con el espermatozoide es producido desde la parte externa de la trompa de Falopio por un tiempo de 5 a 6 días para luego trasladarse hacia el endometrio donde se produce la implantación y futuro desarrollo del embrión, en el caso de producirse la anidación del ovulo fuera de cavidad uterina, específicamente en la porción ampular, se denomina embarazo ectópico ⁽²⁾.

La mitad de las pacientes que son diagnosticadas con embarazo ectópico no presentan un factor de riesgo previamente estudiado o conocido, las principales causas son; inflamación pélvica que influye de manera directa en mujeres de 35 años, además existen otros factores secundarios como infertilidad, abortos inducidos, lesiones tubáricas, enfermedades de transmisión sexual, utilización de anticonceptivos intrauterinos, tabaquismo y uso de nueva tecnología por reproducción asistida ⁽³⁾.

Existen otros lugares de implantación del blastocisto que produce un riesgo significativo, incluso pueden repercutir en el estado de salud de la paciente relacionándose a una ruptura tubárica y hemorragia intraabdominal, se encuentran en sitios más frecuentes como en la zona ampular 60%, ístmico 35%, fimbriado 11%, intersticial 3%. y a nivel extratubárico en el ovario con un porcentaje de 3.2 % y en el abdomen con un valor del 1.3% y cérvix 0.15% de mortalidad, produciendo una futura infertilidad a causa del embarazo ectópico ⁽⁴⁾.

El embarazo ectópico es un problema de salud sexual y reproductiva debido al elevado índice de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, estudios señalan que esta patología presenta un elevado crecimiento durante el primer trimestre de gestación, siendo un peligro emitente contra la vida de las mujeres, por lo tanto, son más susceptibles a desencadenar una infertilidad que afecta la salud reproductiva ⁽⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas (UNICEF), afirman que el 50-80% en mujeres presentan un embarazo intrauterino, en cambio un embarazo tubárico se desarrolla en un bajo índice del 10-25% estableciendo un conflicto sin resolver ⁽⁶⁾, en el Ecuador los datos estadísticos de defunciones maternas incluyen varios problemas gineco obstétricos, a partir del año 2020 los embarazos ectópicos se incrementaron en un 2.26% a nivel nacional y ocupa el noveno lugar en relación con la mortalidad materna ⁽⁷⁾.

La prevalencia del EE (Embarazo ectópico) en América latina aumentó de tres a cuatro veces en las dos últimas décadas; en México, Costa Rica, Cuba, Chile, Uruguay y Argentina

la incidencia de muerte materna es de 3.5/1.000 embarazo ⁽⁸⁾, mientras que en España se estima que el 2.3% en periodo de gestación fallecen a causa de esta patología, en África se ha identificado un crecimiento de mortalidad entre 2 a 4 veces en los últimos 10 años por la falta de prevención y asesoramiento de las autoridades de salud ⁽⁵⁾.

En el Ecuador el embarazo ectópico continúa sumando cifras en muertes maternas, se reporta que el riesgo de mortalidad es del 15,40 % por cada 1000 gestantes en pacientes mayores de 35 años que padecen de esta patología ⁽⁹⁾. Por ello, la intervención en la atención de enfermería disminuye la incidencia de estos tipos de embarazo con la realización de campañas sobre los cuidados y la prevención, signos, síntomas y un diagnóstico con el tratamiento adecuado para brindar un asesoramiento a todas las mujeres con la finalidad de evitar futuras complicaciones ⁽¹⁰⁾.

Por consiguiente, las patologías obstétricas, resulta fundamental emplear un modelo fisiológico que ofrezca un enfoque holístico. El modelo de valoración de Marjory Gordon, aplicada a pacientes con embarazo ectópico, permitirá centrar la atención en las necesidades y problemas de la usuaria y de su familia mediante una valoración integral, sistemática, planificada y periódica. En este contexto, los 11 patrones funcionales de Gordon proporcionan un marco comprensivo y estructurado para llevar a cabo una evaluación exhaustiva ⁽¹¹⁾.

Las mujeres embarazadas con este tipo de patología presentan un alto índice de muerte materna, para reducir este riesgo es necesario una valoración holística por parte del personal de salud, por tal motivo; esta revisión bibliográfica considera los cuidados de enfermería en embarazos ectópicos, para reducir la mortalidad de la paciente, mediante la identificación de los factores de riesgo, tratamiento y complicaciones, con la finalidad de brindar cuidados que reflejen el rol enfermero; por tal razón se define la siguiente pregunta. ¿Cuáles son los diferentes cuidados de enfermería en embarazo ectópico? ⁽¹²⁾.

Los cuidados son la esencia de la profesión de enfermería que se basan en la prevención, promoción y rehabilitación de la enfermedad, por tal motivo el papel que ejerce la enfermera en la atención a pacientes con “Embarazo ectópico”, se enfoca en proporcionar información clara y comprensible sobre el diagnóstico, procedimiento y tratamientos de dicha patología, además facilita la comunicación efectiva con el equipo sanitario para brindar un cuidado con atención coordinada en la mejora del estado de salud en la paciente ⁽¹³⁾.

Este tipo de embarazo se considera grave debido a las complicaciones que puede causar en las progenitoras. El desconocimiento sobre esta patología preocupa a los servicios de salud por la falta de concientización en mujeres embarazadas. Es de suma importancia informar a la población sobre este tema, incluyendo la sintomatología, los factores de riesgo y los tratamientos disponibles, para evitar futuras complicaciones ⁽¹²⁾.

Es necesario recalcar la problemática de esta patología; de ahí que la importancia del rol que desempeña el profesional de enfermería en la atención a pacientes con embarazo ectópico, al brindar una atención oportuna y humanizada, considerando un diagnóstico claro

y conciso para valorar o monitorear continuamente el estado psicoemocional y social de las mujeres gestantes que lo padecen ⁽⁵⁾.

Por tal motivo, se realiza una revisión bibliográfica con el objetivo de describir los cuidados de enfermería en el embarazo ectópico, determinando factores de riesgo y complicaciones, manifestaciones clínicas y demás aspectos relevantes, a través de la análisis de artículos científicos, revistas, tesis relevantes de los últimos cinco años, considerando como fundamento la taxonomía Nurse Intervención Clasificación (NIC) y la utilización de escalas de valoración adaptadas como: escala análoga visual (EVA), Bromage, score mamá y pictograma.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

El embarazo ectópico o extrauterino se deriva de la palabra “ektops” que significa fuera de lugar, es decir; es la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina, es una patología con gran impacto clínico por sus diferentes formas de presentación y el grado de riesgo, que incluso en ocasiones existe graves complicaciones que causan daños a la salud incluyendo la muerte en las pacientes embarazadas ⁽¹⁴⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que el Embarazo ectópico representa un riesgo latente durante el primer trimestre de gestación por sus complicaciones y el alojamiento al nivel de la trompa de Falopio, específicamente con un 70% en la ampulla, istmo y fimbria cuando el óvulo queda fecundado en su recorrido gestacional y atrapado por una malformación congénita o por la inflamación en la misma zona como ocurre en los procesos pelvianos (PIP), que producen un daño irreversible de la mucosa tubárica, esto compromete a toda la pared generando secuelas como obstrucción tubárica parcial o síndrome de adherencia ⁽¹⁵⁾.

En este sentido, los agentes causantes de este tipo de embarazo son la Gonorrea y la infección aguda por Chlamydia, siendo esta última la causante de una inflamación intraluminal que da paso a la formación de cicatrices tubáricas, en el transcurso de dos semanas después de la infección existe un alojamiento de antígenos que provocan una reacción de hipersensibilidad produciendo una cicatrización crónica ⁽³⁾.

Por tal razón, los factores de riesgo se categorizan en tres tipos. Los de grado alto incluyen el tratamiento intrauterino, cirugía tubárica, embarazos ectópicos previos, que pueden causar cicatrices o alteraciones en las trompas de Falopio. También se añaden los anticonceptivos orales de estrógenos y progestágeno, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) que pueden afectar el equilibrio hormonal, y que puede causar bloqueos. Por otro lado, las lesiones tubáricas y enfermedades inflamatorias pélvicas causadas por clamidia, Neisseria, gonorrea y endometriosis provocan salpingitis, también pertenecen a este grupo ⁽⁴⁾.

Los factores de riesgo de grado moderado incluyen el tabaquismo, que daña las trompas de Falopio, y las cirugías abdominales o pélvicas previas, que pueden causar adherencias. El aborto espontáneo, causa problemas en el sistema reproductivo. Por último, los factores de grado bajo son el aborto inducido, que puede resultar en cicatrices o infecciones, los tratamientos para la esterilidad, que pueden alterar el funcionamiento normal del sistema reproductivo, la edad materna mayor a 40 años, la cantidad de parejas sexuales e infecciones de transmisión sexual ⁽⁴⁾.

El embarazo ectópico se presenta en 1 de cada 10.000 a 30.000 gestantes, es más frecuente en edades de 28 a 35 años, también en pacientes con una inducción de la ovulación o usando técnicas de reproducción asistida, una alteración hormonal pueden provocar una disminución en la motilidad de las trompas uterinas, lo que resulta en el crecimiento del

cigoto antes de que alcance la cavidad endometrial, quedando atrapado en la trompa, la estructura anatómica del feto en general se rompe de 6 a 16 semanas de gestación, la ruptura provoca un sangrado que puede ser gradual o acelerada causando un shock hemorrágico y la muerte ⁽¹⁶⁾.

Obregón M, menciona que las gestaciones ectópicas se clasifican en varias categorías. El embarazo tubárico ocurre cuando el óvulo fertilizado se implanta en alguna parte del recorrido de las trompas de Falopio, donde se origina la fecundación. Este tipo de embarazo ectópico se presenta con mayor frecuencia, en un 98% de los casos, localizándose en las regiones ampular, ístmica o intersticial de la trompa. Además, se reconocen otros tipos de embarazos ectópicos (extrauterinos) que se implantan en lugares distintos a las trompas de Falopio, como el abdomen, los ovarios y el cérvix ⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, si la implantación del feto ocurre en el interior de la cavidad peritoneal se desarrolla una anidación en el ovario conocido como embarazo ectópico ovárico, es la segunda categoría con mayor frecuencia alrededor de 0,15 a 3% de casos en mujeres, además hay reportes de implantación por toda la cavidad abdominal tanto en la pared como en el hígado o el bazo en un 1,3% de embarazos. Por último, aunque su frecuencia es relativa y muy extraño que una mujer lo padezca es la fecundación heterotópica, sucede cuando existe un acceso embrionario de forma normal dentro de la cavidad endometrial que se desarrolla en una fertilización in vitro ⁽¹⁸⁾.

La fecundación ectópico no accidentado se caracteriza en 90% de los casos donde no existe una ruptura tubárica en las trompas de Falopio ni irritación peritoneal, la sintomatología que presentan algunas pacientes es la metrorragia irregular que suelen ser de carácter escaso o continuo, precedidas de un retraso menstrual no superior a 2- 3 semanas es por ello que la paciente se confunden con una menstruación, mientras tanto se acompaña del dolor abdominal con una intensidad leve a moderada y se localiza a nivel de la fosas ilíacas ⁽⁵⁾.

Por otro lado, el embarazo ectópico accidentado es la rotura tubárica, con o sin compromiso hemodinámica materno, se caracteriza principalmente por una inestabilidad, la misma que se acompaña de cefalea, náuseas, distensión y dolor abdominal a nivel de fosa ilíaca y sangrado abundante con periodos constantes que puede presentar vértigo, hipotensión e incluso llegar a un shock hipovolémico ⁽⁹⁾.

Estrella P, establece que las manifestaciones clínicas dependen de la implantación del embrión durante el primer trimestre de gestación; cabe destacar que el 10% de los síntomas son multifactoriales, es decir, presentan amenorrea, sangrado vaginal, en ocasiones náuseas y dolor abdominal. Cuando se presenta un EE roto se acompaña de hipotensión, taquicardia, síncope, disnea, lipotimia e inestabilidad hemodinámica ⁽¹⁴⁾.

Las complicaciones de esta patología ocasionan lesiones tubáricas debido a que las trompas de Falopio al no tener un tejido flexible desencadena una ruptura después de acoger

aproximadamente 2 meses al feto, por consiguiente; originándose una hemorragia e induciendo un shock hipovolémico el cual se produce por la pérdida rápida y significativa del volumen intravascular, lo que conduce a una inestabilidad hemodinámica, disminución en el suministro de oxígeno, baja perfusión tisular, hipoxia celular, daño celular, síndrome de disfunción multiorgánica y que pueden terminar en la muerte de la paciente ⁽¹²⁾.

La ecografía transvaginal es un examen fundamental para identificar de manera temprana la posibilidad de un embarazo ectópico. Por lo general, es posible visualizar el saco gestacional con este método cuando alcanza un tamaño de 2 a 5 mm, alrededor de las 5 semanas de gestación. Esta observación cobra relevancia debido a la relación existente entre los niveles de la hormona B-hCG en la sangre y las dimensiones del saco gestacional. En caso de no identificar un embarazo viable en el útero con niveles de B-hCG superiores a 1500-2000 mUI/ml, se considera altamente probable la presencia de un embarazo ectópico ⁽¹⁹⁾.

Es necesario realizar un examen con la finalidad de determinar los valores cuantitativo de gonadotropina coriónica humana (BHCG) que en un embarazo intrauterino normal es de 1000 a 1500 mIU/ml, pero se han diagnosticado ectópicos con valores inferiores de HCG duplicándose cada 48 horas en una gestación intrauterina durante las primeras semanas, cuando hay un crecimiento superior al doble de su valor en el tiempo calculado se identifica una gestación intrauterina evolutiva, en cambio los índices son inferiores al 50% al periodo establecido se sospecha una gestación extrauterina ⁽¹⁶⁾.

Históricamente el tratamiento de un embarazo ectópico se limitaba a la cirugía, pero con la evolución a los avances científicos se implementó nuevos tratamientos como el uso de metotrexato, la realización para el procedimiento quirúrgico dependerá del estado de gravedad de la paciente y una de las complicaciones de la patología es la ruptura tubárica que se acompaña de un síndrome hemorrágico más dolor abdominal ⁽²⁰⁾.

Para el tratamiento del embarazo ectópico se identifican tres categorías: El manejo expectante no quirúrgico tiene una baja probabilidad de éxito, que varía entre el 15% y el 60%. Este enfoque no requiere hospitalización y se acompaña de un seguimiento ginecológico cada 3 a 4 días. Es adecuado cuando los niveles séricos de β -hCG son menores de 1,000 UI/ml, en pacientes hemodinámicamente estables y con un saco gestacional menor de 2 cm sin dolor abdominal. Sin embargo, los riesgos de este tratamiento incluyen la posibilidad de una ruptura tubárica si el embarazo ectópico no se resuelve por sí solo, lo que podría requerir posteriormente un tratamiento médico o quirúrgico ⁽²¹⁾.

El tratamiento médico del embarazo ectópico es adecuado para mujeres que se encuentran hemodinámicamente estables, con un embarazo ectópico menor de 4 cm, sin actividad cardíaca fetal, sin signos de ruptura y con niveles de β -hCG inferiores a 5000 UI/mL. En casos especiales, como los embarazos ectópicos abdominales, se ha observado un éxito moderado con el uso de metotrexato. Este fármaco es un antagonista del ácido fólico que inhibe la síntesis de ácido desoxirribonucleico (ADN) y la reproducción celular. La

administración de metotrexato se realiza en dosis de 50 mg por vía intramuscular, con el objetivo de causar la muerte del embrión y así evitar la necesidad de una intervención quirúrgica ⁽²²⁾.

El procedimiento quirúrgico generalmente se realiza mediante laparoscopia, ya que es menos invasivo. A través de este tipo de cirugía, el profesional puede extraer el embrión y los tejidos sin causar daños significativos a la trompa de Falopio. En cambio, la salpingectomía se recomienda para mujeres con embarazos ectópicos que presentan una ruptura extensa y sangrado incontrolable, lo cual puede llevar a la esterilización y, en consecuencia, a la infertilidad ^{(23) (24)}.

No obstante, la histerectomía es una cirugía de último recurso en casos de emergencia debido a una pérdida significativa de sangre, consiste en la extirpación del útero. Sus orígenes se remontan a 1876, cuando se realizó por primera vez en un intento de prevenir la hemorragia excesiva. Es fundamental tener en cuenta que este procedimiento resulta en la infertilidad como consecuencia directa ⁽²³⁾.

Para la anamnesis en pacientes ginecológicas se usan diferentes preguntas o cuestionarios con información objetiva por parte del profesional de salud, esto permite identificar los estándares causales que presenta la mujer embarazada, por tal razón; es necesario considerar la valoración por los patrones funcionales de Marjory Gordon, documento que permite identificar y desarrollar los diagnósticos adecuados de la paciente con un embarazo ectópico ⁽²⁵⁾.

El rol que ejerce el profesional de enfermería al aplicar criterios o paradigmas de cuidados integrales con los conocimientos necesarios para brindar un buen servicio, considerando los conceptos primordiales como: el ser humano, ambiente, salud y cuidado, son términos que forman parte de la población con mayor necesidad de cuidado, por tal motivo la mujer embarazada entra en un campo de dominio para fortalecer y garantizar su ciclo de vida ⁽²⁶⁾.

El primer nivel de salud es el escenario que tiene lugar el primer contacto del paciente, enfermera y la familia con el sistema de salud a su alcance en la solución de sus problemas. El profesional de enfermería actualiza y perfecciona cada día sus funciones fundamentales, la promoción, la prevención, curación y rehabilitación, con el objetivo principal de cuidar al individuo con un equipo interdisciplinario capaz de resolver los problemas de salud de la comunidad desde la práctica, priorizando el uso mínimo de recursos y tiempo que favorece a la sociedad y al paciente ⁽²⁷⁾.

El personal de enfermería se encarga de brindar cuidados basados en conocimientos y técnicas específicas aplicando como herramienta metodológica **el proceso de atención en enfermería (PAE)**, guiando al paciente en los diferentes cuidados que puede recibir- Por tal motivo, la enfermera desempeña el cuidado humano realizando actividades como diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de las posibles acciones aplicables en la paciente ⁽²⁸⁾.

La valoración se lleva a cabo mediante un proceso organizado y sistemático que permite a la enfermera realizar una anamnesis completa. Esta incluye la recopilación de antecedentes gineco-obstétricos, identificación de factores de riesgo, evaluación del estado de salud actual de la paciente, antecedentes sexuales y tratamientos farmacológicos previos. Además, se lleva a cabo una exploración física detallada para detectar posibles cambios en el estado hemodinámico ⁽²⁸⁾.

El diagnóstico exhaustivo se enfoca en la localización, frecuencia y duración del dolor; para prevenirlo es necesario la prescripción médica para la administración de medicamentos y antibióticos, conjuntamente con los exámenes de laboratorio y ecografía reduciendo el riesgo de complicaciones mayores en las pacientes, al considerar el proceso y la preparación de las mujeres con embarazo ectópico desde el inicio de la operación hasta el final, comunicando a la familia sobre la situación y estado de salud del usuario ⁽²⁹⁾.

Cuzco P, hace énfasis en los cuidados brindados a pacientes con EE empezando desde la monitorización y registro de signos vitales, cambios o alteraciones en el nivel conciencia, manteniendo un control estricto en cuanto a hemorragias, reposición de líquidos, además de vigilar los signos de shock, un reposo absoluto, proporcionar información objetiva sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico ⁽¹³⁾.

Lucero M, manifiestan que el manejo en pacientes con shock hipovolémico requiere de un trabajo en equipo y multidisciplinario, es así que una hemorragia masiva conlleva a la falla multiorgánica; por tal razón el personal de enfermería debe aplicar medidas de estabilidad hemodinámica a través de la aplicación de protocolos para salvaguardar la vida de las pacientes ⁽³⁰⁾.

Contreras M, menciona que las intervenciones aplicadas por el personal de enfermería en pacientes con shock hipovolémico se basan en la activación del protocolo de clave roja, junto con la utilización del Score Mamá para clasificar su grado de shock y determinar sus causas. Es crucial monitorear signos vitales, los niveles de hemoglobina, hematocrito y gases arteriales, asegurar una vía aérea permeable, colocar al paciente en posición semifowler y cubrirlo con mantas térmicas para evitar la hipotermia. Se debe canalizar una vía periférica para la administración de soluciones cristaloides y hemoderivados, llevar un control estricto del balance hídrico, y cuantificar la pérdida de sangre ⁽³¹⁾.

Pincay E, señala que en las pacientes sometidas al procedimiento quirúrgico de una salpingectomía se debe especificar cuidados encaminados a la monitorización de signos vitales cada 15 minutos, con administración de analgésicos según la prescripción médica, colocando al paciente en posición decúbito ventral a intervalos de 2 horas para mejorar el drenaje de líquidos reduciendo así el edema, de igual manera hace énfasis en identificar signos y síntomas de infección a nivel de la herida ⁽³²⁾.

En este sentido, García D et al; destacan que la atención de enfermería es esencial para la promoción de la salud en mujeres gestantes, su pareja y familia. Estos cuidados están

diseñados para reducir factores de riesgo y fomentar la detección temprana de afecciones durante el embarazo. Una adecuada educación y seguimiento permiten identificar y mitigar los riesgos asociados en la gestación, mejorando los resultados tanto para la madre como el feto. En este contexto, la presente revisión bibliográfica se centra en los cuidados de enfermería en el embarazo ectópico ⁽³³⁾.

Heredia M y Murillo M, manifiesta que el personal de enfermería en el primer nivel de atención a pacientes con embarazo ectópico debe brindar un apoyo psicológico integral. Esto implica valorar las emociones de las pacientes que pueden experimentar depresión o ansiedad, lo que conlleva a una baja autoestima. La enfermera debe proporcionar apoyo emocional que permita a la paciente sentirse segura y en confianza para expresar sus sentimientos, remitir a la paciente a grupos de apoyo, enseñar técnicas de relajación como yoga meditación, aromaterapia, musicoterapia. Este enfoque ayuda a abordar las necesidades psicológicas de la paciente, facilitando una mejor recuperación emocional y física ^{(34) (26)}.

Finalmente, la comunicación asertiva es fundamental en la relación de ayuda terapéutica, permitiendo al paciente expresar sentimientos de tristeza e inquietud. Es crucial que el personal de enfermería practique la escucha activa, muestre empatía, respeto y genere confianza. Además, deben informar claramente sobre las ventajas y desventajas de cada tratamiento, involucrar al paciente en la toma de decisiones y obtener su consentimiento por escrito.

CAPITULO III. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación se desarrolló mediante una revisión bibliográfica cualitativa y descriptiva, con el objetivo de describir los cuidados de enfermería en el embarazo ectópico. Se utilizaron diversas fuentes bibliográficas pertinentes al tema, seleccionadas de manera concisa, verídica y cualificada. Las fuentes incluyeron guías de práctica clínica, tesis, libros, revistas indexadas en español e inglés y revistas digitales publicadas entre 2019 y 2024.

Para la búsqueda de información se emplearon operadores booleanos como "or", "and", "&", "not", junto con terminología científica y palabras clave pertinentes al tema de investigación, tales como: embarazo ectópico, cuidados de enfermería, causas y factores de riesgo. Las bases de datos utilizadas incluyeron Biblioteca Virtual de Salud, Google Académico y sitios indexados como Scielo, Proquest, Pubmed, Booksmedicos, Medline, Mediagraphic y Scopus. Además, se consultaron páginas oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud Pública (MSP), revistas científicas y guías de práctica clínica.

Es importante destacar que los criterios de inclusión para nuestra investigación se basan en documentos en español, publicados en los últimos cinco años, que respondan a las siguientes preguntas: ¿Qué es el embarazo ectópico?, ¿Cuáles son los factores de riesgo, complicaciones del embarazo ectópico?, ¿Qué cuidados de enfermería son necesarios en la atención primaria y hospitalaria? Esta información está disponible y es de acceso libre para los investigadores. Los artículos seleccionados tienen una estructura específica que incluye un resumen sobre promoción, manifestaciones clínicas, cuidados de enfermería, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y el rol de enfermería.

La población de estudio está conformada por la totalidad de 112 artículos científicos los cuales incluyen la temática “cuidados de enfermería en embarazo ectópico” estos se encuentran constituidos por 63 fuentes que pertenecen a la muestra, para la selección se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión: artículos científicos publicados en español e inglés, que dispongan en su contenido: resumen, introducción, datos estadísticos, definiciones, factores de riesgo, cuadro clínico, tratamiento e intervenciones de enfermería publicadas en el período 2019 - 2024.

Para aplicar el método de exclusión se ha tomado en cuenta los siguientes criterios: artículos que no se relacionaban con los cuidados de Enfermería en pacientes con EE, artículos que fueron publicados antes del año 2019, información con idiomas desconocidos que se encuentren en contextos geográficos, así mismo revistas o artículos duplicados y acceso al recurso de restricción debido al costo por revisión y disponibilidad.

La muestra consistió en 63 publicaciones obtenidas de bases indexadas de impacto global, que incluyen: 2 Google académico, 12 Scielo, 11 revistas de salud, 6 tesis, 1 INEC, 3 Redalyc, 1 Organización Mundial de Salud, 2 Manuales de atención, 15 revistas científicas,

6 revistas electrónicas y 4 Elsevier, que aportan información valiosa para realizar este estudio. En este sentido, se puede indicar que, de las 63 publicaciones, 14 se emplearon en la parte de introducción, 26 en el apartado del marco teórico y 23 en la sección de triangulación.

Para la estructura del informe final se enfatizaron las directrices de la Universidad Nacional de Chimborazo, mientras que para el citado de la bibliografía se utilizaron normas Vancouver, referencia mundial para presentar artículos científicos biomédicos.

Se detalla a continuación el algoritmo de búsqueda: (**Anexo 1.**)

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Alspaugh A et al, y Rodríguez C et al, coinciden que los factores de riesgos presentes en un embarazo ectópico son frecuentes e inciden en el desarrollo normal del embrión con un estándar de probabilidades de 18 a 35 años de edad en mujeres sexualmente activas, donde las posibilidades de finalizar un embarazo exitoso con el neonato vivo son escasas, este tipo de gestación es peligrosa por la implantación del feto y su crecimiento en la zona estrecha de la trompa de Falopio tomando en cuenta alrededor de la tercera semana ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾.

Rodríguez C et al, Escobar B, manifiesta que la educación por parte del personal de Enfermería es el eje primordial para disminuir el índice de mortalidad a través de promoción de la salud mediante campañas o charlas educativas para prevenir futuras complicaciones dentro de ellos se encuentra las infecciones de transmisión sexual, antecedentes de enfermedad pélvica con inflamación, infertilidad y procedimientos terapéuticos o cirugías abdominopélvicas previas, esterilización y el uso frecuente de anticonceptivos intrauterinos, malos hábitos de salud como el tabaquismo, alcohol y abortos inducidos ⁽³⁶⁾ ⁽³⁷⁾.

Según Atalaya E et al, y Digna P et al, señalan que la sintomatología clínica que presentan las pacientes con esta patología son dolor pélvico, amenorrea, náusea, vómito, diarrea por irritación peritoneal, hipotensión, taquicardia y palidez. por otro parte la existencia de una ruptura tubárica, durante la sexta semana de gestación desencadena inestabilidad hemodinámica lo que conduce a un shock hipovolémico ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾. Por lo tanto, Torres M menciona que uno de los cuidados para revertir la hipovolemia en primera instancia es la canalización de dos vías periféricas para la administración de cristaloides y paquetes hemoderivados cuando existe una hemoglobina menor a 8 mg/dl ⁽⁴⁰⁾.

Mientras que Reyes L y Moya C, en su estudio indica que un 45% de mujeres en estado de gestación ectópica tienen incidencia con la clásica triada clínica que se acompaña de dolor a nivel del hombro, síncope, dolor con defecación, presión rectal, donde prevalece una sintomatología con amenorrea, sensibilidad ovárica, son aspectos que se debe tomar en cuenta al no presentarse un cuadro clínico grave ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾.

Murillo M et al y Guzzo V mencionan que existen diferentes medios de diagnóstico en el Embarazo Ectópico. En primer lugar, la determinación analítica de Beta Gonadotropina Coriónica Humana (B-HCG) ⁽¹⁹⁾ ⁽⁴³⁾. Por consiguiente, Reyes L refleja la importancia de la ecografía pelviana y transvaginal que permiten identificar estructuras y órganos para determinar la existencia de un embarazo ectópico con una sensibilidad del 94 -99% ⁽⁴¹⁾.

León I et al, y Rojas C. manifiestan que existen diversos tratamientos desde el manejo farmacológico y quirúrgico, donde la elección del procedimiento va a depender de la condición clínica del paciente; desde una salpingectomía o salpingostomía y un abordaje laparoscópico, sobre todo en los casos de rotura tubárica ⁽⁴⁴⁾ ⁽⁴⁵⁾. Sin embargo, para el autor Tapia M et al, se ha optado por la terapia médica conservadora con metotrexato en pacientes hemodinámicamente estables ⁽⁴⁶⁾.

En cuanto al tratamiento de metrotexato según Rojas M. et al, describen que el mecanismo acción de este fármaco es inhibir la división celular que facilita la reabsorción del tejido trofoblástico en el sitio de implantación, su uso va depender de la edad gestacional, localización, tamaño, niveles de Hcg; según la asociación Americana de Embarazo extrauterino y pérdida temprana, sugiere que la dosis es de 50mg/2ml en el tratamiento de EE⁽⁴⁷⁾.

Northwestern Memorial Hospital establece que se debe cumplir ciertos parámetros durante la administración del metrotexato, debido a que está contraindicado en pacientes con antecedentes alérgicos, problemas inmunológicos, enfermedades hepáticas, es así que el personal de Enfermería debe realizar una valoración exhaustiva en busca de efectos adversos como náuseas, vomito, cefalea y dolor abdominal⁽⁴⁸⁾.

Rabischong By Murillo M. concuerdan que el cuidado es la parte esencial del personal de enfermería pues tiene como finalidad satisfacer las necesidades fisiológicas en pacientes con EE en el primer nivel de atención; por ello, el modelo de valoración de Marjory Gordon permite brindar una valoración minuciosa mediante un enfoque holístico con el propósito de proporcionar cuidados estandarizados basados en la taxonomía NANDA (Asociación Norte Americana de diagnóstico de enfermería, NOC (clasificación de resultados de enfermería y NIC (clasificación de intervenciones de Enfermería)⁽⁴⁹⁾⁽¹⁹⁾.

La enfermera McCaffrey M define el dolor como “cualquier experiencia que la persona dice que es dolor, existiendo siempre que él o ella dice que lo es”, por lo tanto se debe realizar una valoración exhaustiva del dolor mediante escalas visuales analógicas (EVA) que miden la intensidad, duración, frecuencia y localización del dolor⁽⁵⁰⁾. Por otra parte, Nava A manifiesta que el dolor es la manifestación clínica más frecuente en pacientes con EE por tal razón hace énfasis en aplicar medidas de analgesia⁽⁵¹⁾.

Castañeda S et al y Molto B resaltan que la monitorización de signos vitales es fundamental en pacientes con embarazo ectópico, enfocándose especialmente en la medición de la presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno, para evaluar el estado clínico de la paciente⁽⁵²⁾. Según Pincay E, el embarazo ectópico es una complicación obstétrica que requiere el uso de formularios clínicos como el score mama, que incluye seis parámetros: Presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, estado de conciencia. Este instrumento complementa el trabajo del personal de enfermería en la detección temprana de riesgos obstétricos⁽³²⁾⁽⁵³⁾.

En el mismo contexto, autores como Molto B y Dolton E en su artículo destacan los cuidados primordiales brindados por el personal de enfermería en pacientes con embarazo ectópico; desde la monitorización de signos vitales para determinar si existe una hipotensión que puede conllevar a un shock hipovolémico, vigilar el estado de conciencia, control de sangrado transvaginal mediante el pictograma el mismo que facilita la cuantificación visual de una hemorragia obstétrica, valorar el nivel del dolor a través de la escala de EVA,

administración de analgésicos según la prescripción médica, realización de pruebas de laboratorio complementarias química sanguínea, así como un control estricto del balance hídrico ⁽⁵³⁾ ⁽⁵⁴⁾.

Brun L et al, Se menciona que el personal de enfermería juega un rol crucial en la evaluación exhaustiva de la paciente durante la fase prequirúrgica. Esto implica proporcionar información detallada sobre el consentimiento informado, así como la fecha, hora y lugar programados para la cirugía, y la duración estimada de la operación. Además, se encargan de evaluar la ansiedad tanto de la paciente como de su familia en relación con la cirugía, explicar las rutinas preoperatorias (incluyendo anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas de laboratorio, micción, preparación de la piel, terapia intravenosa, vestimenta, área de espera para la familia y traslado al quirófano) ⁽⁵⁵⁾.

Rabischong B et al, y Espinosa M mencionan que uno de los tratamientos en pacientes con EE es la laparotomía exploratoria, en la que el personal de enfermería debe realizar una valoración completa con vigilancia continua durante la etapa posquirúrgica, mediante la utilización instrumentos de valoración como la escala Glasgow, Bromage y EVA, además de: vigilar signos vitales cada 5 a 15 minutos, colocar mantas térmicas con la finalidad de regular la temperatura corporal, control del balance hídrico, mantener a la paciente en NPO durante las 6 horas, observar signos de hemorragia y shock como extremidades frías, oliguria, llenado capilar, pulso débil, hipotensión y diaforesis ⁽⁴⁹⁾ ⁽⁵⁶⁾.

Mientras que Vega M et al, hace énfasis entre los cuidados que se debe brindar a pacientes que son intervenidas quirúrgicamente por una salpingectomía, destacando: monitorización continua de la presión arterial, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, mantener a la paciente en reposo absoluto durante las primeras 24 horas, y posterior a eso tener reposo relativo, administración de analgésicos según la prescripción médica y observar la herida en busca de signos de infección como enrojecimiento y eritema ⁽⁵⁷⁾.

Por consiguiente, Requena N et al, y García S afirman que el embarazo ectópico impacta profundamente en el ámbito psicoemocional, físico, espiritual y social que provocan ansiedad, estrés, culpa y un intenso proceso de duelo por la pérdida del embarazo, afectando la relación de pareja e induciendo a un aislamiento y depresión. Por lo tanto, es fundamental que el personal de enfermería proporcione apoyo psicológico, fomente la expresión de sentimientos a través de una comunicación asertiva e implemente técnicas de relajación para reducir la ansiedad ⁽⁵⁸⁾ ⁽⁵⁹⁾.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- ✓ El embarazo ectópico es un problema de salud pública que afecta de manera negativa a mujeres sexualmente activas, por tal motivo se determinó que existen varios factores de riesgo tales como: enfermedad inflamatoria pélvica, infecciones de transmisión sexual y antecedentes de cirugías previas; por ello, su identificación oportuna permitirá disminuir la morbilidad materna.
- ✓ En el presente trabajo se identificaron las principales complicaciones que trae consigo un embarazo ectópico; desde una ruptura tubárica a un shock hipovolémico lo que conlleva a una salpingectomía, en donde el personal de enfermería cumple un papel fundamental al realizar una valoración holística en busca de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica.
- ✓ El personal de enfermería que labora en el ámbito hospitalario a través de una valoración exhaustiva e integral, ejecutará los siguientes cuidados de enfermería a pacientes con EE: control de signos vitales, valorar cambios en nivel de conciencia, vigilar signos de shock para la prevención de hemorragias, mantener al paciente en reposo absoluto por 24 horas, control estricto de ingresos y egresos, y la administración de analgésicos.
- ✓ En el primer nivel de atención se debe implementar estrategias de promoción y prevención mediante charlas educativas, campañas sobre salud sexual y reproductiva encaminados a disminuir los factores de riesgo y minimizar sus complicaciones, también se debe brindar apoyo psicológico e implementar técnicas de relajación con la finalidad de reducir los niveles de depresión durante el proceso de duelo en un embarazo ectópico.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ A los docentes de la carrera de enfermería de la Unach, se recomienda crear protocolos de cuidados para pacientes con EE, tanto en la atención del primer nivel de salud como en el ámbito hospitalario, para brindar intervenciones integrales, aplicables y alcanzables con un enfoque holístico y contemplando las cuatro dimensiones del ser humano (física, emocional, espiritual y mental), con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad materna.
- ✓ A la Universidad Nacional de Chimborazo y a los docentes de la carrera de enfermería se sugiere elaborar guías de cuidados psicoemocionales para pacientes que enfrentan una muerte fetal, con el objetivo de reducir los procesos de ansiedad, depresión y facilitar la aceptación del duelo.

- ✓ A los distritos de salud o entidades urbanas y rurales de salud, se recomienda gestionar consultas de control mediante atención médica y psicológica para realizar un seguimiento a pacientes con embarazo ectópico, además se debe brindar charlas educativas sobre educación sexual y planificación familiar.
- ✓ Al personal de enfermería que labora en el primer nivel de atención, que desarrollen campañas de educación para la salud a nivel de instituciones públicas y privadas, con el propósito de educar a las familias y adolescentes para afianzar los conocimientos mediante la promoción de salud y prevención del embarazo ectópico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez M;Sicha S. Cuidados de enfermería en embarazo ectópico complicado del servicio de Ginecología de un hospital nacional de Ayacucho, 2021 [Internet].2022 [citado 10 Enero 2024] Disponible en: repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5739/Maybee_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Garita SE, Juan Carlos Garnier GPA. Generalidades sobre embarazo ectópico. Revista Médica Sinergia [Internet].2021[citado 10 Enero 2024] ; 6(5). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670/1210>
3. Liang HH, Vargas JS, Sánchez AGH, Mora JV. Embarazo ectopico. Revista Clinica de la Escuela de Medicina. [Internet]. 2019 9(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87031>
4. Rodríguez N, Bravo D. Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. Journal of American health. [Internet]. 2022[citado 10 Enero 2024]; 6(1). Disponible en: <https://doi.org/10.37958/jah.v6i1.159>
5. MARTHA SG. Estrategia de intervención de enfermería en pacientes con laparotomía exploratoria por embarazo ectópico atendidas en el servicio de centro obstétrico del hospital gineco-obstétrico y pediátrico de nueva aurora luz elena. [Internet].2020. [citado 21 de Enero 2024]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/11708/1/TUAEXCOMMEQ002-2020.pdf>.
6. Pamela S. Proceso de atención de enfermería en pacientes con embarazo ectópico. UTMACH. [Internet].2018. [citado 21 de Enero 2024]. Disponible en: http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13183/1/E-7772_SEVERINO%20RAMOS%20PAMELA%20VANESSA.pdf
7. INEC. Intituto Nacional de Estadistica y censos. [Internet]. 2021. [citado 21 de Enero 2024]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2022/10/PRINCIPALES-CAUSAS-DE-MUERTE-MATERNA.pdf>
8. Yumbra G;Lema j. Embarazo ectopico en LatinoAmerica; una revisión bibliografica[Internet]. Universidad de Cuenca;2021[citado 01 de Febrero 2024]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/36939>
9. Intriago C; Murillo, Andrea; Campoverde, Nelson. Embarazo ectópico cervical: Reporte de caso clínico. QhaliKay: Revista de ciencias de la salud. . [Internet]. 2019. [citado 21 de Enero 2024]; 3(1). Disponible en: <https://doi.org/10.33936/qkrcs.v3i1.2049>
10. Villaseñor P.Embarazo ectopico y las intervenciones de enfermería. [Internet].Repositorio de la Universidad Nacional Autónomo de México;2019 [citado 01 de Febrero 2024]. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2016/octubre/0751705/0751705.pdf>
11. Chordá BM, al e. Proceso de atención de enfermería en un paciente con embarazo ectópico ovárico. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. [Internet] 2022 17(7;279). [citado 01 de Febrero 2024]. Disponible en: <https://www.revista->

- portalesmedicos.com/revista-medica/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-un-paciente-con-embarazo-ectopico-ovarico-caso-clinico/
12. Rodriguez, P; Sisalima Gabriela. Repositorio Universidad Estatal de Milagro. [Internet].; 2019. [citado 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/4547/PREVALENCIA%20Y%20FACTORES%20PREDISPONENTE%20PARA%20LA%20APARICION%20DE%20EMBARAZO%20ECTOPICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 13. Cuzco P. Intervenciones de Enfermería en pacientes con Embarazo ectopico. [Internet]. 2023 [citado 10 Enero 2024] Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/16495>..
 14. Estrella P, Bustillos Solórzano ME. Actualización del embarazo ectópico para atención primaria de salud. ATN [Internet]. 30 de diciembre de 2022 [citado 10 de Febrero 2024];24(2):138-59. Disponible en: <https://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/232>
 15. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/25-7-2018-republica-dominicana-avanza-con-paso-firme-hacia-reduccion-mortalidad-materna>.
 16. Antonette D. Embarazo ectopico. Manual MSD. [Internet]. 2022.. [citado 21 de marzo de 2024] Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/embarazo-ect%C3%B3pico>.
 17. Obregón M. Embarazo ectopico. Revisión bibliográfica. PFR [Internet]. 31 de marzo de 2023 [citado 21 de marzo de 2024];8(1):e-267. Disponible en: <https://practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/>
 18. Moliner B. Embarazo ectopico. Instituto Bernabeu. [Internet]. 2020. [citado 21 de marzo de 2024] Disponible en: <https://www.institutobernabeu.com/es/foro/el-embarazo-ectopico/>
 19. MURILLO M. ABORDAJE ENFERMERO DEL EMBARAZO ECTÓPICO. TESIS DE GRADO. [Internet]. 2020. [citado 16 de marzo de 2024] Disponible en: <https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/4953/Murillo%20Torres,%20Marina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 20. Logroño D, Ramirez J. Prevalencia de embarazo ectópico en el Hospital Carlos Andrade Marín, 2017 a 2019. Revista MetroCiencia. [Internet]. 1 enero de 2020 [citado 16 de marzo de 2024]; XXVIII(1): p. 58-65. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1128415/58-texto-del-articulo-58-2-10-20200917.pdf>
 21. Cuba J, Sanmartin Pamela, Moreira Madelaine, Arpi Ana. 2023 Actualización en Ginecología [citado 26 de junio de 2024] Disponible en: <https://www.cuevaseditores.com/libros/diciembre/ginecologiavol6.pdf#page=81>

22. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Mar 17] ; 85(6): 697-708. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600697
23. Campos G, Garrido L, Gutierrez S. Embarzo Ectopico. Reproducción Asistida ORG. [Internet]. 2022. [citado 16 de marzo de 2024] Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/tratamiento-en-el-embarazo-ectopico/>
24. Jiménez C, Lanche C, Pilco D, Holguín M. Embarazo Ectópico Bilateral Espontaneo. Reporte de Caso. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. [Internet] 2023; 7(5). [citado 19 de marzo 2024]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8478/12720>
25. Fernández-Navarro M, Pinillos M, Mires Vanessa, Urbina Cesar. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea: reporte de un caso. Acta méd. Peru [Internet]. 2023 Jul [citado 2024 Mar 19] ; 40(3): 252-255. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172023000300252&lng=es.%20%20Epub%2022-Oct-2023.%20%20http://dx.doi.org/10.35663/amp.2023.403.2562.
26. Murillo M, Perez S, Salas L, Simón A. Embarazo ectópico. Revista sanitaria de investigacion. [Internet]. 2021 [citado 2024 Mar 19] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/embarazo-ectopico-revision-bibliografica/>
27. Puerto Hernández S, Izquierdo Machín E, Lamanier Isabel. Funciones del tutor de enfermería en la atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Enfermera [Internet]. 2018 Dic [citado 2024 Mar 20] ; 34(4): e1636. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192018000400015&script=sci_arttext&tlng=en
28. Sanchez G. Proceso de atención de enfermería en paciente de 26 años con embarazo ectópico. Repositorio Universidad. [Online].; 2022 [citado 2024 Mar 19]. Disponible en: [chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/12722/E-UTB-FCS-EN000743.pdf?sequence=1&isAllowed=y](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/12722/E-UTB-FCS-EN000743.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
29. Cayanchira, M. Repositorio Universidad Peruana Union. [Online].; 2022. Acceso 27 de febrero de 2023. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5739/Maybee_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Lucero M. Plan de cuidados en pacientes con pi: choque hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica postparto 2022. Universidad Autonoma de San Luis Potosi [Internet]. 2020. [citado 2024 Mar 19]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7559>
31. Contreras Martínez Mtchel Eréndira, Carmona Domínguez Aurea, Montelongo Felipe de Jesús. Índice de choque como marcador inicial de choque hipovolémico en hemorragia obstétrica de primer trimestre. Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.) [revista en la Internet]. 2019 Abr [citado 2024 Jun 07] ; 33(2): 73-78. Disponible en:

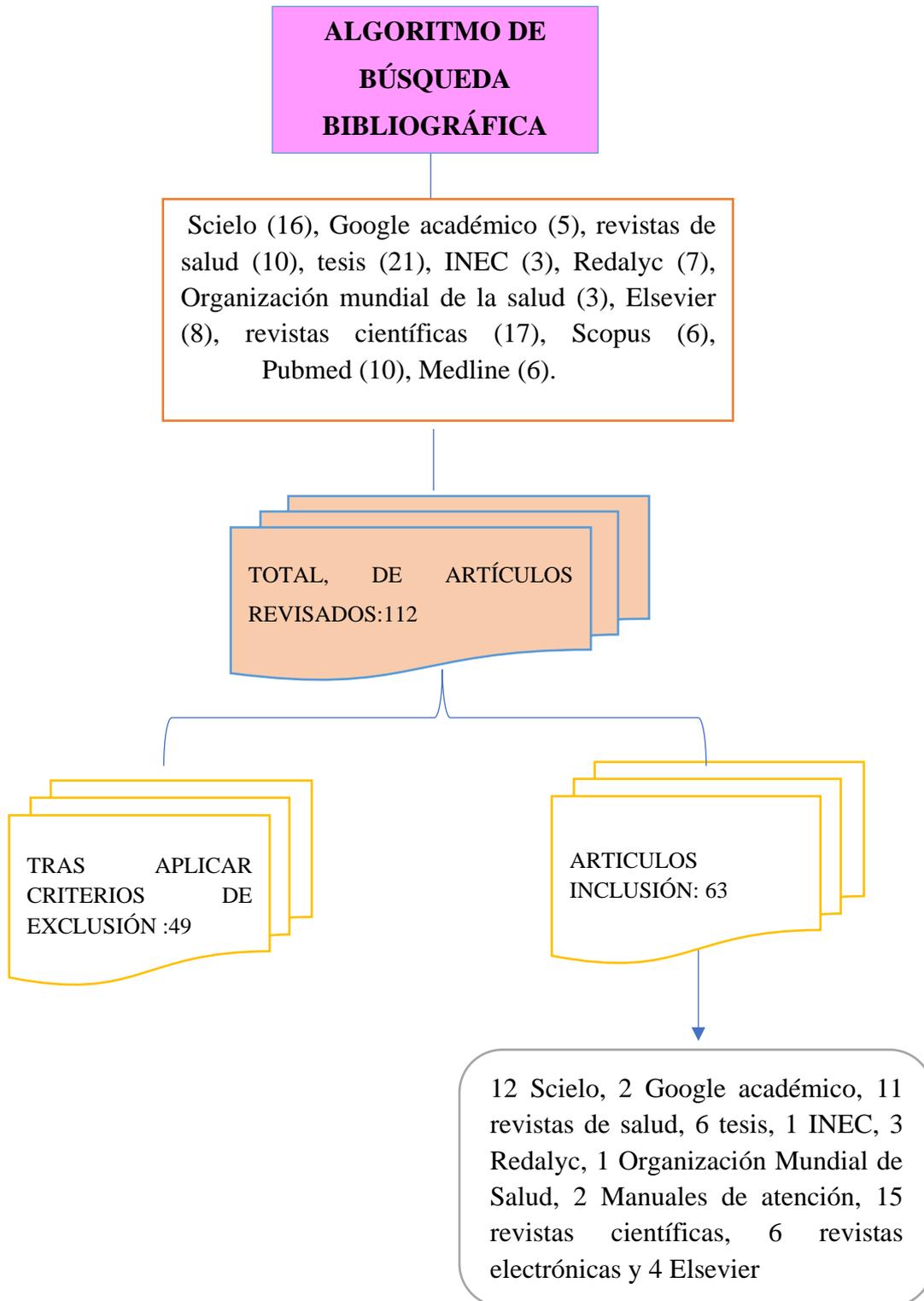
- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092019000200073&lng=es. Epub 15-Feb-2021.
32. Pincay Edith. Aplicación del proceso enfermero en usuaria con embarazo ectópico tubárico. hospital básico rafael serrano lópez la libertad 2020. Universidad Estatal Península de Santa Elena [Internet].2020. [citado 2024 Mar 19]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/5764/1/UPSE-TEN-2021-0006.pdf>
 33. García D, Choez N, Guamán T, Mera K. La atención de enfermería en el embarazo de alto riesgo. Ciencia Salud Revista org.[Internet].2022. [citado 2024 Mar 19]. Disponible en: <https://www.cienciamatriarevista.org.ve/index.php/cm/article/view/705/1118>
 34. Heredia-Nugra SMMSGAT. Rol de enfermería en la atención primaria de salud en el manejo del embarazo. Journal Scientific Investiga. 2023; VII(4). Disponible en:<https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/download/677/2684/3161#:~:text=El%20enfoque%20preventivo%2C%20la%20detecci%C3%B3n,Buckinghamm%20et%20al%2C%202020>
 35. Alspaugh A. BBC NEWS mundo. [Online].; 2022. Acceso 29 de marzo de 2023. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-61731699>.
 36. Rodriguez C, Salinas C. Factores de riesgo sintomatología tratamiento del embarazo ectópico. Revista científica multidisciplinar. [Internet]. 2024 [citado 30 marzo 2024]; 8(1). Disponible en: <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9896/14561>
 37. Escobar, Beatriz; Perez, Carlos; Martinez, Horacio. Redalyc, Revista medica del Instituto mexicano del seguro. [Online].; 2017. Acceso 11 de marzo de 2023. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457750970002>.
 38. Atalaya Taboada ER, Goicochea Ríos E del S. Embarazo ectópico ovárico. rmv [Internet]. 29 de marzo de 2020 [citado 9 de abril de 2024];9(1):69-72. Disponible en: <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revistamedicavallejiana/article/view/85>
 39. Pantigoso Gutiérrez DF, Oscátegui Peña ME, Machaca Zevallos RJ. Embarazo ectópico cornual. Rev. cuba. obstet. ginecol. [Internet]. 28 de marzo de 2024 [citado 10 de abril de 2024];50:e443. Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/443>
 40. Torres-Pineda Mariana, Urrego-Pachón Mauricio Arturo. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2022 [citado 2024 Mayo 16] ; 90(7): 590-598. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000700006&lng=es. Epub 26-Sep-2022. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.7662>.
 41. Reyes L. Manejo del embarazo extrauterino, Rev. Conamed 2022;27.[Internet].2022. [citado 10 de Abril de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/366171720_Manejo_del_embarazo_extrauterino

42. Moya C, Rodriguez J. Un dilema clínico el diagnóstico del embarazo ectopico. Artículo de Revisión. . [Internet] 2024; 18(1). [citado 19 de marzo 2024]. Disponible en: <file:///C:/Users/USER65/Downloads/1905-9041-2-PB.pdf>
43. Guzzo V, Ben S, Sica N. Cuatro años de experiencia en tratamiento médico del embarazo ectópico en el departamento de Paysandú. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2021 Mar [citado 2024 Abr 02] ; 37(1): e201. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902021000101201&script=sci_arttext
44. León Cid Iraisa, Rodríguez Iglesias Guillermo, Segura Fernández Anadys Beatriz. Treatment experiences about uterine horn ectopic pregnancy. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Abr 10] ; 49(4): e678. Disponible en: [Experiencias en el tratamiento del embarazo ectópico del cuerno uterino \(sld.cu\)](Experiencias en el tratamiento del embarazo ectópico del cuerno uterino (sld.cu))
45. Rojas Ruiz Juan Carlos, Chacha Vargas David Andrés. Resección histeroscópica de embarazo ectópico cervical posterior a fecundación in vitro. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2021 Abr [citado 2024 Abr 09] ; 67(2): 00010. Disponible en: [Resección histeroscópica de embarazo ectópico cervical posterior a fecundación in vitro \(scielo.org.pe\)](Resección histeroscópica de embarazo ectópico cervical posterior a fecundación in vitro (scielo.org.pe))
46. Tapia Marco. Méndez Héctor, Inca Danny, Cruz Zurita. Embarazo ectópico ovárico: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev. Redalyc [Internet]. 2020 Abr [citado 2024 mayo 7] ; 67(2): 00010. Disponible en: [Resección histeroscópica de embarazo ectópico cervical posterior a fecundación in vitro \(scielo.org.pe\)](Resección histeroscópica de embarazo ectópico cervical posterior a fecundación in vitro (scielo.org.pe))
47. Rojas Ortiz ME, Mogrovejo Avila AR, Borja Robalino BV, Naranjo Cajamarca PN, Abad Herrera MB, Torres Intriago DE. Aplicación del Metotrexato en el Tratamiento de Embarazos Ectópicos. Ciencia Latina [Internet]. de julio de 2023 [citado 10 de abril de 2024];7(4):1051-67. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6939>
48. Northwestern Memorial Hospital. Embarazo ectópico y uso de Metotrexate. Northwestern Memorial HealthCare[Internet]. Noviembre 2023[citado 10 de abril de 2024] Disponible en:<https://www.nm.org/-/media/northwestern/resources/patients-and-visitors/patient-education/pregnancy-and-newborn-care/spanish/northwestern-medicine-embarazo-ectopico-y-uso-de-metotrexate-ectopic-pregnancy-use-of-methotrexate.pdf>
49. Rabischong B, Pouly L. Cirugía del embarazo extrauterino. <Rev.ELSEVIER> [Internet].2019[citado 7 de mayo de 2024] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1634708018886128>
50. Vidal J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás.Rev.Scielo [Internet].2020[citado 10 de abril de 2024] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v27n4/1134-8046-dolor-27-04-00232.pdf>
51. Nava Alfredo. Embarazo ectopico.Rev MedMex (Mexico)2019;2(1):p4.
52. Castañeda C. Cuidados de enfermería a paciente con embarazo ectópico del Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021.Universidad Peruana Unión [Internet].2023 [citado 10 de abril de 2024] Disponible en: [Celia Trabajo-Especialidad 2023.pdf \(upeu.edu.pe\)](Celia Trabajo-Especialidad 2023.pdf (upeu.edu.pe))

53. Moltó B. Proceso de atención de enfermería en un paciente con embarazo ectópico ovárico. Caso clínico.Rev.PortalMedicos.com[Internet].2022 [citado 10 de abril de 2024] Disponible en: [Proceso de atención de enfermería en un paciente con embarazo ectópico ovárico. Caso clínico \(revista-portalmedicos.com\)](https://portalmedicos.com/revista-portalmedicos.com)
54. Dalton, E., Refaat, B., & Letger, W.Ectopic pregnancy secondary to in vitro fertilisation-embryo transfer: pathogenic mechanisms and management strategies. Rev.Reproductive Biology and Endocrinology 2020;1;21.
55. Brun L , Chauvin G, Griton M, Coret M, Naudin J. Histerectomía por vía abdominal por lesiones benignas. Rev Elsevier [Internet].2022[citado 8 de mayo de 2024] Disponible en:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X22464666>
56. Espinosa M. Ruptura uterina secundaria a embarazo ectópico cornual del segundo trimestre.Rev. Ginecol ObstetMex 2022;1;2.
57. Vega J.Proceso de atención de Enfermería en paeintes con salpingectomia atendidos en el Hospital de Machal.rev Polo del Conocimiento 7(8) [Internet].2022[citado 10 de abril de 2024] Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4454/10613>
58. Requena M,Granizo L.Efectos psicologicos y estrategias de afrontamiento como predictores del duelo perinatal.rev Anatomiadigital [Internet].2023[citado 23 de junio de 2024] Disponible en: [file:///D:/Data/Downloads/2806-Texto%20del%20art%C3%ADculo-12013-3-10-20240125%20\(1\).pdf](file:///D:/Data/Downloads/2806-Texto%20del%20art%C3%ADculo-12013-3-10-20240125%20(1).pdf)
59. Sara G. Plan de cuidados estandarizado dirigido a mujeres que han sufrido un embarazo ectópico. Universidad de Zaragoza [Internet].2021[citado 23 de junio de 2024] Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/107269/files/TAZ-TFG-2021-435.pdf>
60. Serrano T, Giménez M, Martínez R. Escala de glasgow.rev ocronos [Internet].2023[citado 23 de junio de 2024] Disponible en: <https://revistamedica.com/escala-glasgow-valoracion-neurologica/>
61. Ballester Menéndez Ariana, Fuentes Díaz Zaily, López Lazo Sarah Estrella, Puerto Pérez Tania, Rodríguez Salazar Orlando. Herramienta de evaluación del paciente con dolor posoperatorio. Rev cuba anestesiol reanim [Internet]. 2019 Ago [citado 2024 Jun 23] ; 17(2): 1-11. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182018000200004&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182018000200004&lng=es)
62. Jorge Carvajal. Manual de Obstetricia y Ginecología.9 ed.Chile;Universidad Nacional de Chile;2019.
63. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Score Mamáa , Claves y D.E.R. obstétricos, Protocolo. Quito: Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Implementación de Disminucion Mortalidad Materna.2016, Quito, Ecuador.

ANEXOS

ANEXO 1. Algoritmo de Búsqueda Bibliográfica



				<p>de transmisión sexual (ITS/ETS).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar información objetiva sobre los métodos anticonceptivos sus riesgos y beneficios. ✓ Instruir a la paciente sobre los factores que aumentan el riesgo de enfermedades de transmisión. (ej. Relaciones sexuales sin protección, relaciones sexuales durante la menstruación. 	
<p>Atalaya E et al, (2020) Digna P et al (2024) Torres M (2022) Reyes L (2022) Moya C et al (2019)</p>	<p>Signos y síntomas</p>	<p>la sintomatología clínica del EE no complicado se acompaña del dolor pélvico, amenorrea, náusea, vómito sensibilidad ovárica, signos de irritación peritoneal, no obstante, se debe hacer énfasis cuando hay la presencia de ruptura tubárica en un EE complicado debido a que existe mayor riesgo de presentar taquicardia, hipotensión y shock hipovolémico.</p>	<p>Actividad /ejercicio</p>	<p>6650</p> <p>Vigilancia</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar los cambios en los signos vitales, alteración de la frecuencia cardiaca, hipotensión, disnea y alteración del nivel de conciencia ✓ Monitorizar los signos vitales. ✓ Comprobar la perfusión tisular. <p>4010</p> <p>Prevención de hemorragias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de signos ortostáticos, presión arterial, cambios en el estado mental y diuresis. 	<p>La valoración es la primera etapa del proceso de atención de enfermería la misma que permite recolectar información de manera global y holística en cuanto al estado de salud de la paciente e identificar signos o síntomas y riesgos reales que pueden</p>

			Nutrición metabólica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorización de pulsos periféricos. ✓ Colocar a la paciente en trendelemburg que optimice la perfusión. ✓ Anotar los niveles de hemoglobina y hematocrito antes y después de la pérdida de sangre. <p style="text-align: center;">1570</p> <p style="text-align: center;">Manejo del vómito</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medir o estimar el volumen de la emesis ✓ Determinar la frecuencia y la duración del vomito. ✓ Colocar a la paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración ✓ Control del equilibrio e hidroelectrolítico. ✓ Administrar antieméticos en caso de que el vómito persista en un periodo de 30 de minutos. 	afectar el estado de salud de la paciente.
Murillo Marina et al (2023) Guzzo V et al (2021) Reyes L (2022) Digna P et al	Medidas de diagnóstico	Se basan en la cuantificación de Beta Gonadotropina Coriónica Humana (B-HCG), ecografía pélvica y transvaginal.	Cognitivo – perceptivo	<p style="text-align: center;">5240</p> <p>Asesoramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar información objetiva y necesaria. ✓ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y salud. ✓ Demostrar empatía, calidez y sinceridad. 	El personal de enfermería es el primer eslabón y el punto de contacto con el paciente en el primer nivel atención de esta

<p>(2024)</p> <p>Torres M (2022)</p>				<p>5618</p> <p>Enseñanza procedimiento y tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar el procedimiento y tratamiento. ✓ Informar al apaciente acerca de la duración del procedimiento. ✓ Dar tiempo a la paciente para que haga sus preguntas y exprese sus inquietudes. ✓ Remitir a la paciente a otros especialistas para el procedimiento y tratamiento adecuado 	<p>forma contribuyen de manera positiva con el equipo de salud atreves de un juicio clínico para llegar a un diagnóstico.</p>
<p>Rodríguez C et al (2024)</p> <p>león I et al. 2020</p> <p>Rojas M et al. (2021)</p> <p>Tapia M et al (2020)</p> <p>Digna P et al (2024)</p> <p>Torres M (2022)</p>	<p>Tratamiento</p>	<p>Los diferentes tratamientos en el EE se basan en métodos quirúrgicos como salpingectomía, laparotomía e hysterectomía, mientras que el farmacológico se aplica en pacientes hemo dinámicamente estables para la administración del metotrexato.</p>	<p>Cognitivo – perceptivo</p>	<p>2380</p> <p>Manejo de la medicación (metotrexato)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar los niveles de β-hCG previa a la administración del fármaco. ✓ Verificar el régimen terapéutico vías y dosis de la administración. ✓ Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. ✓ Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación. ✓ Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos (dolor abdominal, vomito, nausea, 	<p>El personal de Enfermería permanece las 24 horas al cuidado de los pacientes por tal razón juegan un papel importante durante la administración de medicamentos desde la preparación del fármaco, el cálculo de dosis, vía correcta,</p>

Atalaya E et al, (2020) Northwestern Memorial HealthCare (2023)				manchado vaginal, elevación de las enzimas hepáticas) ✓ No administrar en pacientes con lupus eritematoso, en paciente con inestabilidad hemodinámica y en rotura tubárica en el EE.	hora y la monitorización de efectos adversos.
---	--	--	--	---	---

Fuente: Capítulo IV, Cuidados e Intervenciones NIC.

Realizado por: Armijos Gabriela, Gualli Jessica

Anexo 3. Tabla: Cuidados de enfermería en el embarazo Ectópico

AUTOR	CATEGORÍA	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y ACTIVIDADES SEGÚN LA NIC	CRITERIO PERSONAL
Rabischong B (2020) Murillo M (2023)	6680 Monitorización de signos vitales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar el estado de conciencia ✓ Monitorización de signos vitales a través del formulario score mama ✓ Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. ✓ Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. ✓ Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. ✓ Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. 	Las enfermeras en la práctica diaria realizan diferentes actividades desde la recolección de la información, establecen objetivos, planifican cuidados mediante la taxonomía NANDA, NIC, NOC con la finalidad de satisfacer las necesidades fisiológicas de los pacientes.
Pincay E (2020) J, Vidal (2020) McCaffrey M (2020)	1400 Manejo del dolor	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características aparición, duración, frecuencia, calidad, severidad del dolor y factores desencadenantes. (mediante escalas como EVA, ALICIA). ✓ Observar claves no verbales de molestias. ✓ Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor. 	

<p>Molto B (2022)</p>	<p style="text-align: center;">2210 Administración de analgésicos</p> <p style="text-align: center;">4260 Prevención del shock.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. ✓ Enseñar los principios de control del dolor. ✓ Considerar el tipo y la frecuencia del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. ✓ Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento en los cambios del dolor. ✓ Disminuir o eliminar los factores que precipitan o aumentan la experiencia del dolor. ✓ Establecer patrones de comunicación efectivos entre el paciente, la familia y los cuidadores para lograr un manejo adecuado del dolor. ✓ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondiente ✓ Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. ✓ Comprobar el historial de alergias a medicamentos. ✓ Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor. ✓ Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso, según corresponda. ✓ Asegurar que se mantenga la dosis precisa las 24 horas. ✓ Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos. ✓ Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. ✓ Comprobar las respuestas tempranas de compensación del shock (presión arterial, pulso, relleno capilar, etc.). 	
<p>León V (2020) Castañeda S et al (2021) león I et al. (2020)</p>			
<p>Rojas C (2021)</p>			
<p>Molto B (2022)</p>			
<p>Molto B (2022) Rabischong B et al (2019)</p>			

<p>Dolton E (2020) Espinosa M (2022)</p>	<p style="text-align: center;">4180 Manejo de la hipovolemia</p> <p style="text-align: center;">4010 Control de Hemorragias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar las posibles fuentes de pérdidas de líquidos. ✓ Comprobar el estado circulatorio: presión sanguínea, color, temperatura de la piel, presencia de los pulsos periféricos, etc. ✓ Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada: aumento de ansiedad, cambio del estado mental, agitación. ✓ Controlar la pulsioximetría ✓ Controlar el Electrocardiograma ✓ Controlar el peso, la ingesta y la diuresis a diario. ✓ Comprobar los valores de laboratorio, sobre todo los niveles de Hemoglobina y Hematocrito, perfil de coagulación, gasometría arterial, niveles de lactato y electrolitos, cultivos y perfil bioquímico. ✓ Canalizar y mantener una vía I.V de gran calibre, según corresponda. ✓ Administrar concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado y/o plaquetas, según proceda. ✓ Mantener una vía intravenosa permeable. ✓ Vigilar la pedida de líquidos (hemorragia). ✓ Vigilar signos vitales. ✓ Colocar al paciente en la posición de trendelenburg modificada para optimizar la perfusión cerebral mientras se minimiza la demanda miocárdica de oxígeno. ✓ Administrar los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia, según corresponda. ✓ Administrar soluciones isotónicas iv. prescritas (p. ej., suero salino fisiológico o solución de ringer lactato) para la rehidratación extracelular a un flujo apropiado, según corresponda. 	
<p>Molto B (2022) Dolton E (2020) Digna P et al (2024)</p>			
<p>Olivia E (2022) Erazo S et al.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar la causa de la hemorragia. ✓ Observar la cantidad y la naturaleza de la pérdida de sangre. ✓ Tomar nota del nivel de hemoglobina, hematocrito antes y después de la pérdida de sangre. 	

<p>(2019)</p> <p>Vega M et al, (2022)</p> <p>Espinosa M (2022)</p> <p>Atalaya E et al, (2020)</p> <p>Torres M (2022)</p> <p>Molto B (2022)</p>	<p>Cuidados de enfermería en pacientes posquirúrgico mediato</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocar mantas térmicas con la finalidad de regular la temperatura corporal. ✓ Control del balance hídrico. ✓ Mantener a la paciente en NPO durante las 6 horas, ✓ Observar signos de hemorragia y shock. ✓ Mantener a la paciente en reposo absoluto. ✓ Valorar la escala de EVA, ✓ Administración de analgésicos. ✓ Monitorización de signos vitales cada 8 horas. ✓ Mantener a la paciente con dieta blanda. ✓ Mantener a la paciente en reposo ambulatorio. ✓ Administración de analgesia. ✓ Control de la herida. <p style="text-align: center;">3660</p> <p style="text-align: center;">Cuidado de la herida</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. ✓ Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda. ✓ Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. ✓ Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. ✓ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. ✓ Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida. ✓ Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección. 	
<p>Requena M et al (2023)</p> <p>García S (2021)</p>	<p>Intervenciones de enfermería psicoemocionales</p>	<p style="text-align: center;">5290</p> <p style="text-align: center;">Facilitar el duelo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar a la paciente a identificar la naturaleza de apego a la persona que se ha perdido. 	

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. ✓ Escuchar las expresiones de duelo. ✓ Realizar afirmaciones empáticas. ✓ Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida. ✓ Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de duelo. ✓ Ayudar a la paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento ✓ Proporcionar o remitir terapia de pareja o familiar cuando se a conveniente y pueda afrontar su situación <p style="text-align: center;">4920</p> <p style="text-align: center;">Escucha activa</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mostrar interés por la paciente. ✓ Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. ✓ Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones ✓ Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones. ✓ Estar atento al tono, ritmo, volumen, entonación e inflexión de la voz. Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para mostrar que se comprende lo que la paciente trasmite. <p style="text-align: center;">5820</p> <p style="text-align: center;">Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crear un ambiente que facilite la confianza y seguridad ✓ Tratar de comprender la perspectiva de la paciente. ✓ Escuchar con atención. ✓ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. ✓ Presentar a la paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. 	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de la tensión. <p style="text-align: center;">6040 Terapia de relajación</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, respiración rítmica y relajación muscular progresiva). ✓ Determinar si alguna intervención de relajación le ha resultado útil en el pasado. ✓ Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación. ✓ Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas. ✓ Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación. 	
--	--	--	--

Fuente: Capítulo IV, Cuidados e Intervenciones NIC.

Realizado por: Armijos Gabriela, Gualli Jessica

ANEXOS 4. Escalas de valoración a pacientes con Embarazo ectópico

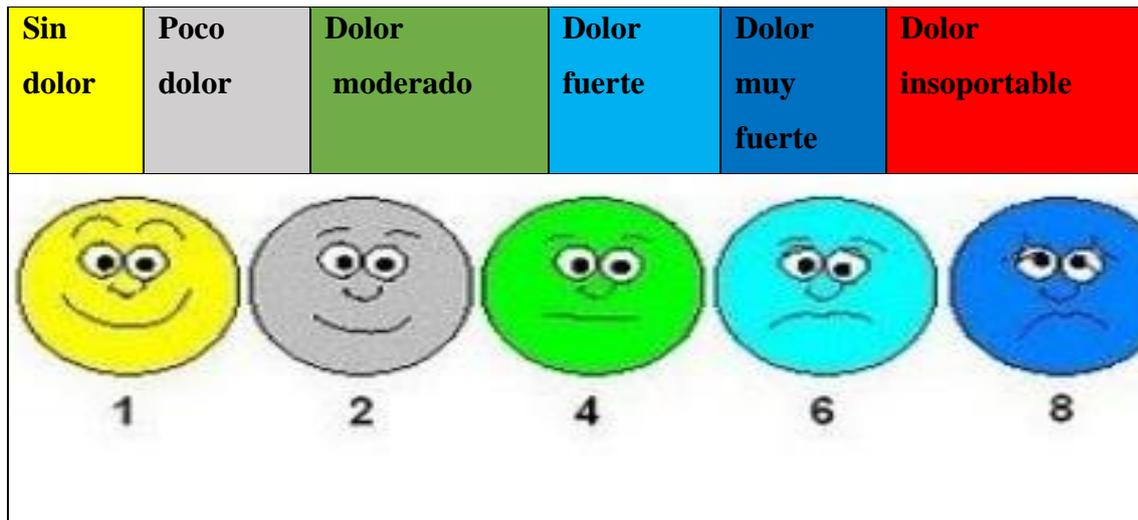
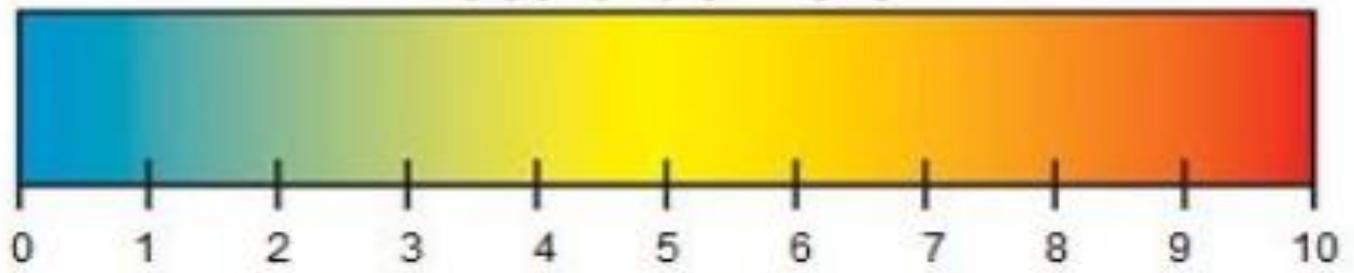
Escala de Glasgow

Área Evaluada	Puntaje
Apertura Ocular	
Espontanea	4
Al estímulo verbal	3
Al dolor	2
No hay apertura ocular	1
Respuesta motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Flexión normal (retina)	4
Flexión anormal(descorticación)	3
Extensión(descerebración)	2
No hay respuesta motora	1
Respuesta verbal	
Orientada, conversa	5
Desorientada, confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No hay respuesta verbal	1
Categoría de gravedad	
13 – 15	Leve
9 – 12	Moderado
4 – 8	Grave

Fuente: Escala de Glasgow (Serrano y Giménez 2023)

Adaptado por: Gabriela Armijos – Jessica Gualli

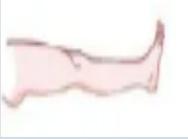
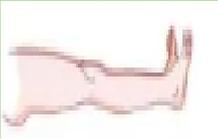
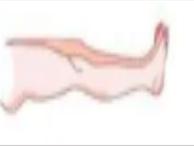
Escala de EVA



Fuente: Escala de EVA (Ballester y Fuentes 2019)

Adaptado por:: Gabriela Armijos – Jessica Gualli

Escala de Bromage

Puntuación	Grado de bloqueo	Criterio clínico
I	Completo 100%	Incapaz de mover pies y rodillas 
II	Casi completo 66%	Puede mover solo pies. 
III	Parcial 33%	Puede mover las rodillas 
IV	Nulo 0%	Flexión de pies y rodillas 

Fuente: Escala de bromage (Carvajal Gorge 2019)

Adaptado por: Gabriela Armijos – Jessica Gualli

SCORE MAMÁ

Parámetro	Puntaje							Parámetro	Puntaje parcial
	3	2	1	0	1	2	3		
FC(****)	≤ 50	-	51-59	60-100	101-110	111-119	≥120	105	1
Sistólica	≤ 70	71-89	-	90-139	-	140-159	≥160	140	2
Diastólica	≤ 50	51-59	-	60-85	86-89	90-109	≥110	80	2
FR(****)	≤ 11	-	-	12-22	-	23-29	≥30	18	0
T (°C) (*)	-	<35.5	-	35.6-37.5	37.6-38.4	-	≥38.5	38.5°C	3
Sat O ₂	≤ 85	86-89	90-93(**)	94-100	-	-	-	96%Sat O ₂	0
Estado de Conciencia	-	confusa / agitada	-	Alerta	responde a la voz / somnolienta	responde al dolor / estuporosa	no responde	Alerta	0
Proteinuria (***)	-	-	-	Negativo	Positivo	-	-	Positivo	1
									9

Fuente: SCORE MAMÁ (Msp 2016)

Adaptado por: Gabriela Armijos – Jessica Gualli

Pictograma para la estimación visual de la hemorragia obstétrica

<p>Toalla sanitaria manchada 30ml</p> 	<p>Toalla sanitaria empapada 100ml</p> 	<p>Apósito 10x10cm Empapado 60ml</p> 
<p>Pañal adulto 250ml</p> 	<p>Apósito 45x45cm Empapado 350ml</p> 	<p>Semi-luna completamente Llena 500ml</p> 
<p>Hemorragia posparto solo en cama 1000ml</p> 	<p>Manchas de sangre en piso 100cm de diámetro 1500ml</p> 	<p>Hemorragia posparto que se demora a piso 2000ml</p> 

Fuente: pictograma para la estimación visual de la hemorragia (Msp 2016)

Adaptado por: Gabriela Armijos – Jessica Gualli