

TRABAJO FIN DE GRADO



**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

ABORDAJE ENFERMERO DEL EMBARAZO  
ECTÓPICO

Autora: D.Marina Murillo Torres

Directora: Dra. D<sup>a</sup>. Eloina Valero Merlos

Murcia, a 1 de abril de 2020.







TRABAJO FIN DE GRADO



**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

ABORDAJE ENFERMERO DEL EMBARAZO  
ECTÓPICO

Autora: D. Marina Murillo Torres

Directora: Dra.D<sup>a</sup>. Eloina Valero Merlos

Murcia, a 1 de abril de 2020.



**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO  
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO: 2019/2020	
Apellidos: Murillo Torres		Nombre: Marina	
DNI:49172084-Q	Titulación: Grado en Enfermería		
Título del trabajo: Abordaje Enfermero del Embarazo Ectópico			

El Prof/a. Dra. D<sup>a</sup> Eloina Valero Merlos como Director(s)/Tutor(s)<sup>(1)</sup> del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 1 de abril de 2020

Fdo.: \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



## **AGRADECIMIENTOS**

*A mis familiares y amigos por apoyarme y animarme a lo largo de estos cuatro años. Pero principalmente gracias a vosotros, papá, mamá y Amanda por guiarme, soportarme y confiar en mí.*

*“Lucky Me”*



## **LISTADO DE ABREVIATURAS:**

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

ACO: Anticonceptivos orales.

ASHSP: American society of Health System Pharmacist.

B-HCG: Subunidad beta de gonadotropina coriónica humana.

CDE: Cuestionario del dolor en español.

DIU: Dispositivo intrauterino.

DxE: Diagnóstico enfermero.

EAM: Administración de medicación.

EE: Embarazo Ectópico.

EVA: Escala visual analógica.

FC: Frecuencia cardíaca.

FR: Frecuencia respiratoria.

FUR: Fecha última regla.

MTX: Metotrexate.

MPQ: Cuestionario del dolor de McGill.



M/P: Manifestado por.

SEGO: Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología

SG: Saco gestacional.

SG: Semanas de gestación.

SV: Saco vitelino.

SF: Suero fisiológico.

Tª: Temperatura.

TA: Tensión arterial.

TAD: Tensión arterial diastólica.

TAS: Tensión arterial sistólica.

PC: Problema de colaboración.

R/C: Relacionado con.

RC: Riesgo de complicación.

URMA: Urgencias Maternal.

WHYMPI: Inventario Multidimensional del Dolor de West Heaven Yale.



## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>XXI</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>XXIII</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>25</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>27</b>
2.1. Objetivo General	27
2.2. Objetivos Específicos	27
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	<b>29</b>
<b>3.1. Definición de Embarazo Ectópico.</b>	<b>29</b>
3.1.1 <i>Tipos de Embarazo Ectópico</i>	29
<b>3.2. Manifestaciones clínicas.</b>	<b>30</b>
<b>3.3 Factores de riesgo y complicaciones asociadas de sufrir un Embarazo Ectópico</b>	<b>32</b>
<b>3.4. Diagnóstico y tratamiento.</b>	<b>35</b>
3.4.1. <i>Diagnóstico</i>	35
3.4.2. <i>Tratamiento.</i>	36
3.4.2.1 <i>Tratamiento con metotrexato.</i>	37
3.4.2.2 <i>Tratamiento quirúrgico.</i>	38
<b>3.5. Cuidados de Enfermería.</b>	<b>40</b>
3.5.1. <i>Duelo anticipado y apoyo psicológico.</i>	40
3.5.2. <i>Administración del tratamiento con metotrexato y control del dolor.</i>	42
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>45</b>
<b>4.1. Diseño</b>	<b>45</b>
<b>4.2. Sujeto del estudio.</b>	<b>45</b>
<b>4.3. Ámbito y Periodo del estudio.</b>	<b>45</b>
<b>4.4. Procedimiento de recogida de información</b>	<b>46</b>
4.4.1. <i>Fuente de información.</i>	46



4.4.2. <i>Procedimiento de información.</i>	47
4.4.3. <i>Procesamiento de los datos.</i>	47
<b>5. RESULTADOS.</b>	<b>49</b>
<b>5.1. Descripción del caso.</b>	<b>49</b>
<b>5.2. Valoración enfermera (Marjory Gordon).</b>	<b>50</b>
<b>5.3. Diagnósticos de Enfermería.</b>	<b>54</b>
<b>5.4. Problemas de colaboración (PC)/ Riesgos de complicación (RC).</b>	<b>61</b>
<b>5.5. Planificación.</b>	<b>65</b>
5.5.1 <i>Planificación del DxE principal.</i>	65
5.5.1.1. <i>Resultado(NOC).</i>	65
5.5.1.2. <i>Intervenciones (NIC).</i>	66
5.5.2. <i>Planificación del RC principal.</i>	70
5.5.2.1. <i>Resultado (NOC).</i>	70
5.5.2.2 <i>Intervenciones (NIC).</i>	71
<b>5.6. Ejecución.</b>	<b>71</b>
5.6.1. <i>Cronograma de intervenciones actividades.</i>	71
5.6.2 <i>Intervenciones/Actividades.</i>	73
<b>5.7. Evaluación.</b>	<b>78</b>
5.7.1 <i>Evaluación del resultado del DxEp.</i>	78
5.7.2 <i>Evaluación del resultado del RCp.</i>	79
<b>5.8. Reflexión.</b>	<b>80</b>
<b>6. DISCUSIÓN</b>	<b>83</b>
<b>6.1. Limitaciones</b>	<b>91</b>
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>93</b>
<b>8. REFERENCIAS</b>	<b>95</b>
<b>9. ANEXOS</b>	<b>105</b>



## ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

### CUADROS

Cuadro 1. Signos y síntomas del Embarazo Ectópico según su porcentaje de aparición.....	33
Cuadro 2. Distribución por rangos de edad de mujeres con Embarazo Ectópico tubárico.....	35
Cuadro 3. Factores de riesgo del Embarazo Ectópico y grado de riesgo.....	36
Cuadro 4: Tipos de cirugía en el Embarazo Ectópico.....	40
Cuadro 5. Tratamiento médico y quirúrgico del Embarazo Ectópico.....	41
Cuadro 6. Indicadores del NOCp del DXEp.....	68
Cuadro 7. Indicadores del NOCp de los RC/PC.....	72
Cuadro 8. Cronograma de intervenciones/actividades.....	73
Cuadro 9. Evaluación de la puntuación de los indicadores del NOCp de los DxE.....	80
Cuadro 10. Evaluación de la puntuación de los indicadores del NOC de los RC/CP.....	81
Cuadro 11. Descriptores en español y en inglés.....	46
Cuadro 12: Selección de documentos tras lectura crítica.....	46

### FIGURAS

Figura 1. Lugares de implantación del embrión en el Embarazo Ectópico.....	32
Figura 2. Diagnósticos de Embarazo Ectópico tomados mediante resonancia magnética.....	38
Figura 3. Red de Relaciones para establecer el DxEp.....	59
Figura 4. Embarazo Ectópico en cuerno izquierdo.....	60
Figura 5. Cavidad uterina vacía.....	61
Figura 6. Visualización del saco gestacional.....	61
Figura 7. Red de Relaciones para establecer los RC/PC.....	65



## RESUMEN

**Introducción:** el Embarazo Ectópico consiste en la implantación del embrión fuera del útero, produce un aumento de la morbimortalidad materna en el primer trimestre de embarazo. Los cuidados de Enfermería juegan un papel muy importante en aplicación de tratamiento, control del dolor, vigilancia y control de las posibles complicaciones asociadas. **Objetivos:** se pretende dar a conocer los distintos tipos de Embarazo Ectópico así como las principales características, opciones de tratamiento y los cuidados de enfermería más apropiados. Finalmente comentar el impacto psicológico que puede llevar asociado. **Metodología:** investigación cualitativa en un hospital de la Región de Murcia, estudio de un caso sobre una mujer de 31 años diagnosticada de Embarazo Ectópico Cornual. Se llevó a cabo un Proceso de Atención de Enfermería en el que se realizó una valoración en base a los 11 patrones de Marjory Gordon. Luego se aplicó la taxonomía NANDA, NOC NIC para obtener diagnóstico principal, objetivos e intervenciones a desarrollar. Las complicaciones asociadas se escogieron en base al manual de Lynda J. Carpenito. **Resultados:** se establece como Diagnóstico Enfermero principal “(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p expresa dolor”, y como Riesgo de Complicación principal “hemorragia masiva”. **Discusión:** la bibliografía consultada muestra la importancia de realizar un diagnóstico temprano ante esta situación, ya que puede suponer una emergencia obstétrica. Por otra parte, se muestran las distintas opciones de tratamiento, ahondando en el tratamiento médico conservador (con metotrexato) y la necesidad de vigilancia exhaustiva por parte del equipo sanitario. **Conclusiones:** sintetizando, es necesario conocer los distintos aspectos sobre el Embarazo Ectópico para llevar un adecuado abordaje. Además estar preparado para transmitir toda la información y apoyar a las pacientes a nivel psicológico en los casos que así lo requieran. **Descriptor:** Enfermería, Embarazo Ectópico, Dolor, Diagnóstico, Terapéutica, Metotrexato.



## ABSTRACT

**Introduction:** Ectopic pregnancy refers to the implantation of the embryo outside from the uterine cavity, which leads to an increase in maternal mortality and morbidity within the first trimester of pregnancy. The caring process from the nursing department in ectopic pregnancy plays a vital role in treatment, pain control, surveillance and management of possible complications. **Objectives:** the goal of this study is to talk about the types of Ectopic pregnancy, its main characteristics, treatment options and most suitable nursing care during this process. Also, we will discuss the psychological impact that it entails. **Methodology:** a qualitative study was performed in a Hospital in Murcia city. The study includes a case study based on a 31-year-old female that was diagnosed with a cornual ectopic pregnancy. For this aim, the process of Nursing Care was based in Marjory Gordon 11 criteria. NANDA, NOC NIC taxonomy was applied to obtain a main diagnosis, objectives and interventions. The associated complications where chosen upon Lynda J.Carpenito's manual. **Results:** "Acute pain related to injurious agents expressed by pain" (00132) was established as main diagnostics and "massive hemorrhage" as a main complication. **Discussion:** the bibliography used for this study shows the importance in establishing an early diagnosis in ectopic pregnancy, as it can become an obstetric emergency. Moreover, it shows the different options in treatment, discussing more deeply the conservative one (with methotrexate) and the need of exhaustive vigilance from the medical team. **Conclusions:** as a summary, it is indispensable to understand and know all aspects about ectopic pregnancy for a proper treatment. Furthermore, we must be ready to explain all information to the patient and support them psychologically if necessary.

**Key words:** Nursing, Ectopic Pregnancy, Pain, Diagnosis, Therapeutics Methotrexate.



## 1. INTRODUCCIÓN

El Embarazo Ectópico consiste en la implantación del blastocisto en un lugar distinto a la cavidad uterina. Entre los lugares de implantación encontramos trompas de falopio, cavidad abdominal, ovarios o cuello del útero. Supone alrededor de un 2% del total de embarazos, siendo el de mayor incidencia el tubárico (97%). Si no se detecta a tiempo supone una emergencia médica que eleva las cifras de morbilidad materna en el primer trimestre de embarazo (Rodríguez et al., 2019).

Las causas del Embarazo Ectópico son muy variadas, la enfermedad inflamatoria pélvica, el uso de anticonceptivos, abortos anteriores, Embarazo Ectópico previo o tabaquismo son algunas de ellas. Actualmente se siguen investigando las posibles etiologías (Escobar et al., 2017). Respecto a la sintomatología, aparece principalmente la triada clásica de amenorrea, dolor hipogástrico y metrorragia, aunque pueden aparecer manifestaciones distintas o incluso ser asintomático (López et al., 2014).

El diagnóstico debe apoyarse en la ultrasonografía por vía transvaginal y los niveles plasmáticos de la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana (B-HCG). El tratamiento se divide en: médico que consiste en la administración de fármacos que destruyen el tejido trofoblástico; quirúrgico salpingectomía o salpingostomía por vía laparoscópica; finalmente la conducta expectante consiste en esperar para ver cómo se desarrolla el cuadro (Cabrera et al., 2010).

Los cuidados de Enfermería deben complementar a las demás especialidades. Entre las actividades comunes del Embarazo Ectópico desde la visión enfermera aparecen la valoración continuada de la persona, monitorización de los signos vitales, administración de analgésicos para el dolor, disminución la ansiedad del paciente mediante conductas de apoyo e información sobre su

estado y los distintos procedimientos que se van a llevar a cabo e informar al médico de los cambios que se puedan producir (De la Cruz, 2018).

La muerte a nivel perinatal puede provocar distintos sentimientos a los progenitores, el proceso de duelo se hace necesario en estos casos y los profesionales sanitarios que acompañan deben estar preparados para guiar a la aceptación de la muerte. Este, es un problema grave ya que puede llegar a derivar en trastornos psiquiátricos si no se trata de manera correcta (López, 2011).

Este Trabajo de Fin de Grado se ha desarrollado en base a un estudio de tipo cualitativo acerca de una paciente con diagnóstico de Embarazo Ectópico cornual, el objetivo es conocer los distintos aspectos clínicos y los cuidados de Enfermería más adecuados.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1. Objetivo General

- Establecer los cuidados de Enfermería para el abordaje del Embarazo Ectópico.

### 2.2. Objetivos Específicos

- Exponer los signos, síntomas y los factores de riesgo de un Embarazo Ectópico, así como las principales complicaciones asociadas.
- Presentar las distintas opciones de tratamiento y analizar la fertilidad después de sufrir un Embarazo Ectópico.
- Mostrar el impacto psicológico que conlleva la muerte perinatal.
- Realizar un plan de cuidados en base a la taxonomía NANDA, NOC, NIC y exponer las complicaciones potenciales en base a Lynda Carpenito en una paciente con diagnóstico de Embarazo Ectópico.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Definición de Embarazo Ectópico.

El término Embarazo Ectópico proviene del griego “*ektos*” y significa fuera de lugar. Consiste en la implantación del embrión en un lugar distinto de la cavidad uterina. Es una de las causas principales de morbilidad materna y se considera una emergencia médica. El mayor porcentaje de Embarazos Ectópicos se producen en una de las trompas de Falopio aunque también se puede dar en ovario e incluso zonas abdominales. En la mayoría de casos el feto está ausente (saco embrionario vacío) o no se produce el crecimiento del mismo (Hu Liang et al., 2019).

##### 3.1.1 Tipos de Embarazo Ectópico

Vargas et al., (2019) y Mejía (2018) describen los distintos tipos de Embarazo Ectópico:

- Embarazo Tubárico: es el más frecuente, el óvulo se implanta en cualquier parte de las trompas siendo el más asiduo el tubárico ampular, localizado en el tercio externo del canal tubárico.
- Embarazo Abdominal: la implantación se produce en la zona peritoneal del abdomen. La principal consecuencia de este embarazo es la muerte fetal, aunque en algunos casos sobrevive pero presenta un riesgo alto de malformaciones congénitas.
- Embarazo Ovárico: el problema de este subtipo es que la principal complicación es la rotura en etapas tempranas del embarazo. Es el más infrecuente y se puede relacionar con el uso de dispositivos intrauterinos (DIU).
- Embarazo Cervical: implantación en el cuello del útero. La mayoría de los casos termina en aborto y guarda relación con tratamientos de reproducción asistida.

- Embarazo Heterotópico: situación en la que se da Embarazo Ectópico y Embarazo uterino al mismo tiempo.

En la Figura 1 se muestran los posibles lugares de implantación del embrión en el Embarazo Ectópico.

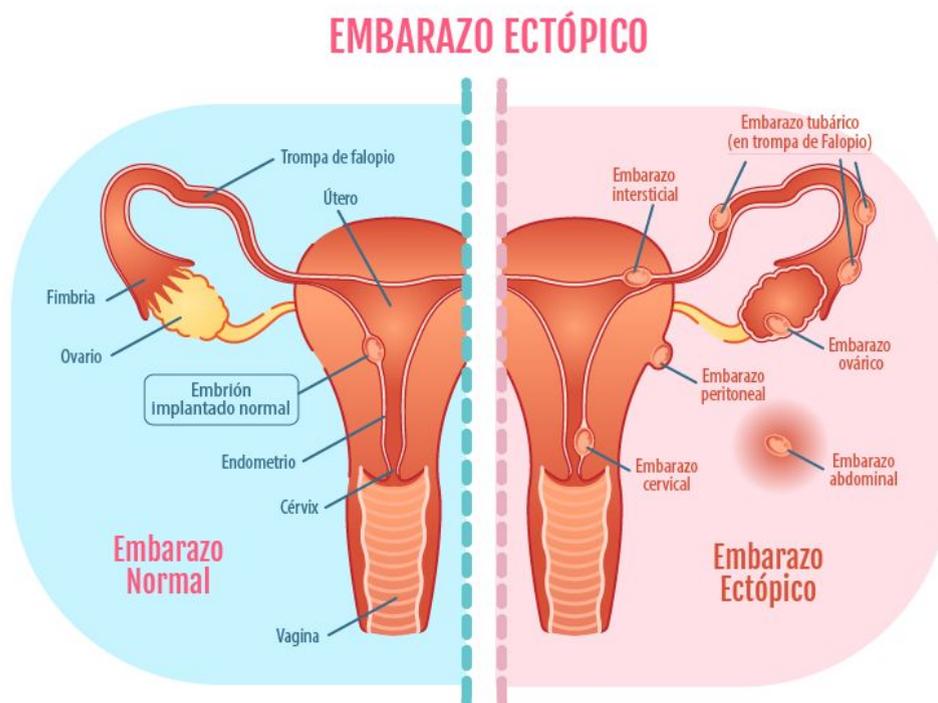


Figura 1: Lugares de implantación del embrión en el Embarazo Ectópico.

Fuente: extraído de Ruiz (2018).

### 3.2. Manifestaciones clínicas.

Moya et al., (2019) y Matos et al., (2018) coinciden en cuanto a los síntomas del Embarazo Ectópico, se le denomina “triada clásica de los síntomas” en los que se incluye: dolor en la zona baja del vientre

(hipogástrico), hemorragia vaginal anormal (puede ser escasa o abundante) y amenorrea (como síntoma de embarazo). En general, en el momento del diagnóstico las mujeres llegan hemodinámicamente estables y acuden a consulta médica por uno o varios síntomas de la triada. Por supuesto, no todos los casos son iguales y pueden aparecer otros signos y síntomas como la amenorrea, dolor cervical por la excitación y sensibilidad ovárica o incluso ser asintomáticas.

Las pacientes describen que los síntomas suelen aparecer en la semana de gestación 5 o 6. Síntomas como dolor abdominal agudo con sangrado vaginal abundante (más que una menstruación) e inestabilidad hemodinámica requieren intervención quirúrgica urgente ya que se trata de una ruptura del Embarazo Ectópico (Si et al., 2016).

En el Cuadro 1 se exponen los distintos signos y síntomas del Embarazo Ectópico según su porcentaje de aparición.

Cuadro 1: Signos y síntomas del Embarazo Ectópico según su porcentaje de aparición.

<i>Síntoma</i>	<i>Porcentaje de E.E. con síntomas</i>	<i>Signo</i>	<i>Porcentaje de E.E. con signos</i>
Dolor abdominal	90-100	Hipersensibilidad anexial	75-90
Amenorrea	75-95	Hipersensibilidad abdominal	80-95
Hemorragia vaginal	50-80	Tumor anexial (20% en el lado contralateral al E.E.)	50
Mareo, síncope	20-35	Crecimiento uterino	20-30
Urgencia para defecar	5-15	Cambios ortostáticos	10-15
Síntomas gestacionales	10-25	Fiebre	5-10
Expulsión de tejido	5-10		

Fuente: extraído de Addii et al., (2011).

Como se puede observar en el Cuadro 1, Addii et al., (2011) destacan que la triada clásica de los síntomas (dolor abdominal, amenorrea y hemorragia vaginal) son los que se presentan en mayor porcentaje. Por otro lado, los signos más frecuentes son hipersensibilidad anexial y abdominal seguidas de tumor anexial.

Chávez (2019) divide el cuadro clínico en tres etapas:

1. Etapa inicial: aparecen síntomas similares a los de una gestación normal, puede presentar leves molestias abdominales.
2. Segunda fase: el dolor continúa y aumenta en intensidad, es punzante e intermitente. En la etapa inicial suele ser exclusivamente hipogástrico que puede llegar a irradiarse hasta la región lumbar. En esta fase puede haber náuseas, vértigos y pérdidas hemáticas intermitentes.
3. Tercera fase: peligro de muerte por hemorragia intraperitoneal masiva, hipotensión y finalmente shock por lo que la actuación debe ser inmediata. Aparece dolor agudo y muy fuerte en el hipogastrio debido que el embrión ha crecido en un lugar que no está preparado para ello. Este dolor puede indicar una ruptura uterina

Además afirma que el curso clínico del Embarazo Ectópico depende del lugar de implantación y la evolución. El dolor producido en la zona abdominal puede llegar a confundirse con un cólico de origen no ginecológico. Puede aparecer dolor en la micción o incluso con los movimientos bruscos.

### **3.3 Factores de riesgo y complicaciones asociadas de sufrir un Embarazo Ectópico**

Hernández et al., (2013) observan que uno de los factores de riesgo del Embarazo Ectópico es la edad. En general un Embarazo Ectópico puede aparecer en cualquier momento de la etapa reproductiva. Sin embargo, los resultados de su estudio muestran que el mayor porcentaje lo presentan las mujeres que se encuentran en un rango de edad de entre 20 y 25 años y disminuye en las franjas de edades entre los 26-35 años como se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2: Distribución por rangos de edad de mujeres con Embarazo Ectópico tubárico

<b>EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 20 años	11	10,19%
20 a 25 años	65	60,19%
26 a 30 años	13	12,96%
31 a 35 años	14	12,96%
36 a 40 años	4	3,70%
Mayor de 40 años	1	0,93%
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: extraído de Vargas et al., (2019)

Taran et al., (2015) señalan otros factores de riesgo como los antecedentes ginecológicos en los que se incluye la cirugía tubárica previa o Embarazo Ectópico anterior; por otro lado también se incluyen dentro de los factores de riesgo la utilización de métodos anticonceptivos, tratamientos contra la infertilidad o métodos de reproducción. Destacar que las infecciones por *Chlamydia Trachomatis* o *Neisseria* e infecciones a nivel abdominal activas como la apendicitis, de igual modo aumentan el riesgo. De los Ríos et al., (2016) argumentan que otro de los factores de riesgo en los Embarazos Ectópicos bilaterales, pueden ser seguramente el resultado de haber empleado una técnica de reproducción asistida.

En el Cuadro 3 se pueden apreciar los diferentes factores de riesgo de sufrir un Embarazo Ectópico, así como los diversos grado de riesgo.

Cuadro 3. Factores de riesgo del Embarazo Ectópico y grado de riesgo.

<b>Grado de Riesgo</b>	<b>Factores de Riesgo</b>
ALTO	Embarazo ectópico previo
	Cirugía tubaria previa
	Patología tubaria
	Esterilización
	DIU medicado
	DIU de larga data
	Infiltración in vitro
MEDIO	Uso de ACO orales
	Tabaco
	Cirugía pélvica o abdominal previa
	Antecedente de aborto espontáneo
BAJO	Antecedente de aborto inducido
	Infertilidad
	Edad materna mayor a 40 años
	Duchas vaginales
	Antecedente de apendicectomía
	Promiscuidad

Fuente: modificado de Bertin et al., (2019)

Si hablamos de las complicaciones asociadas, podríamos decir la principal complicación considerada como una emergencia médica, es la rotura del sitio de implantación del embrión, ya que se produce una hemorragia que evoluciona rápidamente a shock hemorrágico y peritonitis dejando como

principal consecuencia la mortalidad materna en el primer trimestre de embarazo (Vargas et al., 2019). La ruptura de las trompas de falopio, la hemorragia y la inestabilidad hemodinámica como apunta Pilgrim (2019), son complicaciones potenciales del Embarazo Ectópico. Para poder obtener un buen resultado en pacientes con esta afección el manejo de Enfermería es crucial.

### **3.4. Diagnóstico y tratamiento.**

#### *3.4.1. Diagnóstico*

Abul Kasim o Abulcasis fue la primera persona que describió el Embarazo Ectópico. Cirujano de profesión, nacido en Córdoba en el siglo X, ejerció en la corte del Califa Abderramán III. El *Kitab al - Tasrif*, es una enciclopedia médica compuesta por 30 tomos, el último de ellos, dedicado a la cirugía, y el cual incluye datos acerca del manejo del Embarazo Ectópico (Ibáñez et al., 2017).

Según refleja el estudio de Bertin et al., (2019) en el Embarazo Ectópico el diagnóstico precoz es de vital importancia para la madre. Para ello, se realizan exámenes imagenológicos (ecografía transvaginal), exámenes de laboratorio (analíticas para detectar la presencia de B-HCG) y el cuadro clínico.

Fernández (2011) confirma que son necesarios métodos auxiliares para el diagnóstico de Embarazo Ectópico. En primer lugar, con la determinación analítica de gonadotropina coriónica (B-HCG); en segundo lugar ecografía por vía transvaginal para confirmar que el embrión se encuentra fuera del útero. Es un método fiable puesto que se puede ver la presencia o ausencia de embrión y la localización del mismo.

Si et al., (2016) reflejan la importancia de la ultrasonografía para el diagnóstico del Embarazo Ectópico. Destacan que en las situaciones en las que la ultrasonografía no da un diagnóstico evidente, la resonancia magnética (RM) desempeña un papel importante, ya que nos da información adicional en

los Embarazos Ectópicos, lo que permite a los médicos elegir el tratamiento que más se adecue a cada caso.

En la figura 2 se observan distintos diagnósticos de Embarazo Ectópicos tomados mediante resonancia magnética (RM).

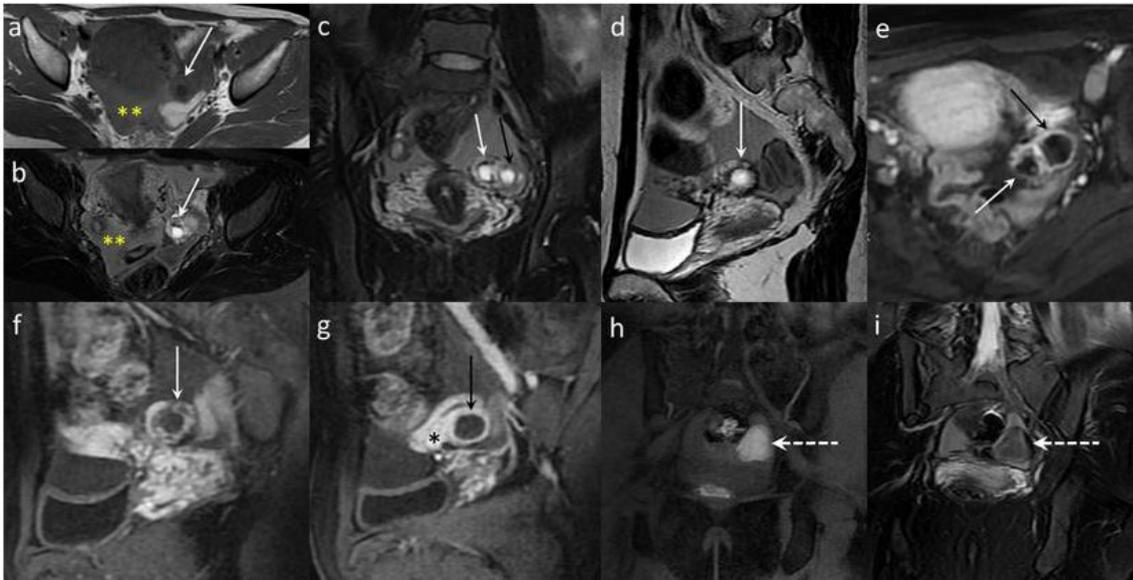


Figura 2: Diagnósticos de Embarazo Ectópico tomados mediante resonancia magnética.

Fuente: extraído del estudio de Si et al., (2016).

### 3.4.2. Tratamiento.

La tendencia del Embarazo Ectópico como reflejan Machado et al., (2008) ha aumentado en los últimos años, pero la mortalidad es cada vez menor gracias al diagnóstico precoz que previene de sufrir las complicaciones (rotura de la trompa, hemoperitoneo y shock por hemorragia). Además, el diagnóstico precoz permite tratar a la paciente con una terapia conservadora buscando preservar la fertilidad futura. Entre las opciones de tratamiento encontramos: médico, quirúrgico y conducta expectante. La conducta expectante consiste en esperar a ver como evoluciona la paciente ya que podría producirse un aborto espontáneo. La elección de tratamiento se

realizará por el equipo médico en base a las características individuales de la persona.

#### *3.4.2.1 Tratamiento con metotrexato.*

El metotrexato es un fármaco con fuertes efectos secundarios sobre las células somáticas, es decir, aquellas que tienen una capacidad de reproducción rápida. Este fármaco antifolato se ha utilizado principalmente para el tratamiento de Embarazos Ectópicos y tumores malignos. Existen pocos estudios respecto a los efectos secundarios del fármaco en las células reproductoras femeninas (Tian et al., 2018).

Frías et al., (2019) aseguran que cuando el diagnóstico se hace de forma temprana y tiene una sintomatología prácticamente inexistente, cabe la posibilidad del manejo del Embarazo Ectópico con tratamiento médico. Dicho tratamiento, consiste en el uso de metotrexate con el objetivo de evitar la intervención quirúrgica. El tratamiento es hospitalario, puesto que se debe tener un seguimiento y vigilancia de las posibles complicaciones. Una vez que la paciente se va de alta, debe ser citada para control analítico y ecográfico para comprobar que el tratamiento ha sido efectivo.

Hu Liang et al., (2019) reportan que en 1982 se utiliza por primera vez el tratamiento médico para el Embarazo Ectópico. Las candidatas ideales para el manejo con metotrexato son aquellas que se encuentran hemodinámicamente estables, con una B-HCG menor a 5000 mIU/ml y sin actividad cardiaca fetal. Actualmente existen tres protocolos de administración de metotrexato:

- Unidosis: Intramuscular, dosis única de metotrexato 50 mg/m<sup>2</sup>.
- Dos dosis: Intramuscular, dos dosis de metotrexato 50 mg/m<sup>2</sup>.
- Multidosis: Intramuscular, metotrexato a razón 1.0 mg/kg alternado con leucovorina cálcica.

En el caso de que el metotrexato no resulte el efecto deseado, se llevará a cabo un tratamiento combinado por laparoscopia, es decir, se combina el tratamiento médico y quirúrgico (Zarama et al., 2019).

### 3.4.2.2 Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico variará según el lugar de implantación del blastocisto y la urgencia. En el cuadro 4 se muestran las distintas opciones de cirugía.

Cuadro 4: Tipos de cirugía en el Embarazo Ectópico.

<b>Lugar de implantación</b>	<b>Tratamiento quirúrgico</b>
Trompas de falopio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salpingectomía total</li> <li>- Salpingectomía parcial</li> <li>- Salpingostomía</li> </ul>
Ovarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salpingooforectomía</li> <li>- Ooforectomía</li> </ul>
Cuello del útero	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salpingectomía con resección cornual</li> </ul>
Abdominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laparoscopia</li> </ul>

Fuente: modificado de Guadalupe (2013).

Entre las opciones de tratamiento quirúrgico aparecen laparotomía o laparoscopia. La laparotomía se realiza en caso de que la paciente se encuentre hemodinámicamente inestable y consiste en una cirugía exploratoria. En contrapartida, la laparoscopia se realiza sobre las pacientes hemodinámicamente estables y consiste en una invasión mínima con la ayuda de una cámara y una luz (SEGO, 2007).

La salpingectomía consiste en la extirpación completa de la trompa de Falopio en la que se encuentra el embrión, en 1884 Tait realizó la primera salpingostomía por laparotomía. La salpingostomía es la extracción del

embarazo con preservación del tubo, realizando una incisión longitudinal y extrayendo el embrión mediante distintas técnicas, luego la incisión puede suturarse o dejar que cierre por segunda intención. En ambos casos queda preservada la fertilidad. No obstante, la histerectomía es la última opción, cuando el riesgo compromete la vida de la paciente. (Ramírez et al., 2019).

La histerectomía es la última opción dentro del tratamiento quirúrgico, consiste en una intervención de urgencia que conlleva la extirpación del útero debido a que sufre una pérdida masiva de sangre. La primera intervención de histerectomía obstétrica fue en 1876, se realizó para intentar evitar la peritonitis y la hemorragia masiva. Al principio las tasas de mortalidad fueron bastante elevadas por falta de antibióticos y asepsia. Actualmente, las tasas de mortalidad han disminuido; sin embargo, el gasto hospitalario se está incrementando debido a los cuidados necesarios después de la operación y las complicaciones que puedan llevar asociadas. Resaltar, que esta intervención conlleva la infertilidad (Calvo et al., 2016).

El cuadro 5 resume las indicaciones, contraindicaciones y seguimiento de los de tratamientos médico y quirúrgico del Embarazo Ectópico.

Cuadro 5: Tratamiento médico y quirúrgico del Embarazo Ectópico

<b>TRATAMIENTO MÉDICO (METOTREXATO)</b>	<b>TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</b>
Indicaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- B-HCG &lt; 5000 IU/L</li> <li>- Aumento del valor de B-HCG en 48 horas</li> <li>- Diámetro del saco gestacional &lt; 4 cm</li> </ul>	Indicaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruptura</li> <li>- Inestabilidad hemodinámica</li> <li>- Síntomas (Dolor insoportable)</li> <li>- Diagnóstico por laparoscopia</li> </ul>
Contraindicaciones absolutas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo intrauterino</li> <li>- Hipersensibilidad al metotrexato</li> <li>- Enfermedad pulmonar activa</li> <li>- Úlcera péptica activa</li> <li>- Disfunción a nivel hepático o renal</li> <li>- Lactancia materna</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotura del embarazo extrauterino</li> <li>- Inestabilidad hemodinámica</li> </ul>	
<p>Seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analítica semanal para comprobar los niveles de B-HCG hasta normalización</li> <li>- Si el embarazo extrauterino es persistente: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Repetir dosis de metotrexato</li> <li>● Cirugía si está indicado</li> </ul> </li> </ul>	<p>Seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analítica semanal para comprobar los niveles de BHCG hasta normalización</li> <li>- Si el embarazo extrauterino es persistente: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Laparoscopia</li> <li>● Terapia con metotrexato si está que esté indicado</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: modificado de Taran et al., (2015)

### 3.5. Cuidados de Enfermería.

#### 3.5.1. *Duelo anticipado y apoyo psicológico.*

El duelo según Carmona et al., (2008) es un proceso por el que pasan las personas cuando experimentan una pérdida. Es único y personal, pero al mismo tiempo produce reacciones similares. Kubler (1969) elaboró un proceso de cinco etapas de duelo en las que se incluyen: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. No es necesario pasar por todas las etapas siguiendo una secuencia, ya que cada persona lo experimenta de una manera. Además puede afectar distintas esferas como: psicológica, afectiva, emotiva, mental, social, física y espiritual.

Algunos de los efectos psicológicos producido en las madres por la muerte perinatal son: tristeza, irritabilidad, culpa, ansiedad, depresión y preocupación por los embarazos futuros. Estos últimos pueden generar una sensación de angustia e incluso ansiedad. En el estudio de Fernández et al., (2012) se llega a la conclusión de la necesidad del trabajo en equipo de grupos multidisciplinarios en los que se realizan entrevistas a los padres, para que puedan mostrar sus sentimientos ante la pérdida. Es en este momento cuando

el equipo debe detectar las intervenciones que serán necesarias para cada familia.

En otro estudio realizado por Hasani et al., (2019) acerca de los efectos de promocionar la salud en mujeres con Embarazo Ectópico, se llega a la conclusión de que la etapa en la que la mujer se queda embarazada, produce una serie de cambios a nivel mental y en la autoestima. Por lo que realizar un asesoramiento basado en la promoción de la salud, se debe considerar una parte de la atención al paciente después de un embarazo no viable.

Lo que se espera de un embarazo, es el nacimiento de un niño sano. Cuando se produce la muerte perinatal, aparece un cambio en los aspectos de la vida de la pareja, pero principalmente de la madre. El duelo es la forma de responder ante la muerte, supone la aceptación de los cambios que produce la pérdida. Antiguamente no se daban recomendaciones después de la muerte perinatal, los profesionales no hablaban del tema con las familias con intención protectora, todo esto por la idea de que los progenitores no podían preocuparse profundamente de un hijo al que no conocían. Tom Bourne fue la primera persona que estudió los efectos psicológicos tanto en mujeres como en médicos cuando el bebé nace muerto (Martos et al., 2016)

Cala et al., (2019) refieren en su estudio que hay avances respecto al abordaje del duelo perinatal. El objetivo es brindar la atención adecuada a la familia a través de la comunicación y atención a nivel emocional, para ello, es necesario que el equipo que se va a encargar de la persona, esté preparado para poder responder ante una pérdida en el embarazo, aprender qué decir y dejar que los padres lloren o muestren sus sentimientos. Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta que una pérdida de este calibre puede afectar en la vida cotidiana de la persona, por lo que los cuidados deben orientarse en la resolución de dudas y el apoyo para poder superar el duelo.

### 3.5.2. Administración del tratamiento con metotrexato y control del dolor.

Según la *American Society of Health-System Pharmacists* (2020): la vía de administración del metotrexato puede ser intramuscular, intravenosa, intraarterial o intratecal, por lo que la enfermera es la que se encarga de su administración. La presentación del metotrexato es una disolución de polvo y líquido.

Precauciones con el metotrexato: alergias, enfermedades previas a nivel ginecológico, eliminar lactancia materna durante el tratamiento, evitar la exposición prolongada a la luz solar o rayos uva y no vacunarse durante el tratamiento con metotrexato.

Efectos secundarios: dolor muscular o articular, enrojecimiento de los ojos, inflamación de las encías, caída de cabello. En caso de que todos estos efectos no desaparezcan o sean muy fuertes se debe avisar al médico.

En el supuesto de manifestarse algunos de los siguientes efectos se debe llamar al médico inmediatamente o acudir a urgencias. Los efectos podrían ser desde vómitos, visión borrosa o pérdida de visión, fiebre acompañada de dolor de cabeza intenso y rigidez de cuello, convulsiones, confusión o pérdida de memoria, dificultad para mover uno o ambos lados del cuerpo, micción disminuida, dificultad para hablar, urticaria, picazón o incluso dificultad para respirar o tragar.

Para la *International Association for the Study of Pain* (IASP), el dolor es una experiencia subjetiva producida por un daño real o potencial. Puede llegar a interferir en las actividades de la vida diaria (ABVD). Los analgésicos elegidos para el control del dolor depende de la etiología del mismo y de otras variables como la edad y el sexo. Se hace necesaria una valoración exhaustiva del dolor utilizando alguna de las escalas preestablecidas como la escala visual analógica (EVA) que mide la intensidad del dolor. Además de las escalas para la clasificación del dolor existen cuestionarios, entre los más utilizados encontramos: Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ), Cuestionario de Dolor en Español (CDE), Inventario Multidimensional del Dolor de *West Haven Yale*

(WHYMPI) o el Cuestionario Breve del Dolor (*Brief Pain Inventory*) (Vicente et al., 2018).

Pilgrim (2019) explica en su estudio las competencias enfermeras necesarias para el manejo del Embarazo Ectópico:

**Qué** se debe saber antes de cuidar a una paciente con Embarazo Ectópico: conocer la triada clásica de los síntomas (amenorrea ,sangrado vaginal y dolor hipogástrico), las complicaciones potenciales, las distintas opciones de tratamiento (médico y quirúrgico), los protocolos de la unidad para el cuidado de la paciente, comprobar la historia médica (antecedentes y alergias), tener el equipo y material necesario para el control de la paciente.

**Cómo** cuidar de la paciente con Embarazo Ectópico: explicar los procedimientos incluidos en el cuidado del Embarazo Ectópico, obtener los signos vitales de la paciente, evaluar el estado general incluyendo el nivel de dolor mediante alguna escala específica, explicar los signos y síntomas propios, controlar el nivel de sangrado y educar a la paciente acerca de los síntomas del Shock Hipovolémico. Antes de proceder al tratamiento verificar que está completamente informada y dar el consentimiento antes de la administración del tratamiento. Realizar un plan de atención de cuidados de enfermería actualizado para llevarlo a cabo.

**Información** a la paciente y familiares: educar a la paciente acerca de la importancia de la vigilancia después del tratamiento y dar recomendaciones a seguir por escrito.



## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Diseño**

Esta investigación está diseñada en base a un estudio de caso único basado en una investigación cualitativa. La investigación cualitativa “sirve para investigar causas subyacentes, emociones y valores. Su objetivo es descubrir y explicar por qué ocurre un fenómeno o comportamiento.” (Pág 1) (Rivero, 2020).

### **4.2. Sujeto del estudio.**

Mujer de 31 años, embarazada, que acude al Servicio de Urgencias Maternales de un Hospital de la Región de Murcia por dolor abdominal y sangrado anormal. En urgencias sospechan de posible Embarazo Ectópico y la trasladan a la planta de Gestantes para control del dolor y administración de tratamiento. La paciente tiene un Embarazo Ectópico previo en 2018, tratado con salpingectomía. Refiere que esta vez buscaba el embarazo por medio de la inseminación artificial.

### **4.3. Ámbito y Periodo del estudio.**

El periodo de estudio se divide en dos fases:

Durante la primera fase se llevó a cabo la recogida de la información en la Planta de Gestantes en un Hospital de la región de Murcia correspondiente al Área VII del Servicio Murciano de Salud, en un periodo comprendido entre el 4 de septiembre de 2019 y el 28 de octubre de 2019 durante la realización del Practicum V.

En la segunda fase, se realiza el análisis de datos obtenidos, la búsqueda de información bibliográfica y la redacción del presente trabajo en un periodo comprendido del 29 de octubre de 2019 hasta el 27 de marzo de 2020.

#### 4.4. Procedimiento de recogida de información

##### 4.4.1. Fuente de información.

- Revisión de la historia clínica de la paciente.
- Valoración enfermera en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Entrevista personal con la paciente.
- Información oral por parte del personal sanitario, tanto por médicos como enfermeras y auxiliares de enfermería.
- Revisión bibliográfica utilizando los descriptores presentes en el cuadro 11.
- Cuadro 11: Descriptores en español e inglés.

Idioma	Español	Inglés
Descriptores	Enfermería	Nursing
	Embarazo Ectópico	Ectopic Pregnancy
	Dolor	Pain
	Diagnóstico	Diagnosis
	Terapéutica	Therapeutics
	Metotrexato	Methotrexate

Fuente: elaboración propia

- La selección de documentos tras una lectura crítica se muestran en el cuadro 12.

Cuadro 12: Selección de documentos tras lectura crítica.

Fuente de Datos	SciELO	Medigraphic	Buscam	Science Direct	Otros
Documentos validados	26	8	10	3	34

Fuente: Elaboración propia

#### *4.4.2. Procedimiento de información.*

La recogida de datos comienza cuando la paciente ingresa en la unidad, se accede a la historia clínica para conocer su estado analizando los datos pertinentes como antecedentes, motivo de ingreso, diagnóstico médico, resultados de pruebas diagnósticas y valores de las constantes vitales con el objetivo de tener una descripción completa del caso. La paciente da su consentimiento para la realización de este estudio, garantizando la confidencialidad de sus datos durante todo el proceso. Se realiza un seguimiento durante la estancia hospitalaria mediante entrevista personal y valoración enfermera (Marjory Gordon). Se identifican los Diagnósticos de Enfermería a partir de los cuales se elabora un plan de cuidados individualizado, utilizando la taxonomía NANDA, NOC y NIC y el manual de Lynda Carpenito.

Se obtiene permiso para estar presente durante las pruebas ecográficas y durante las visitas médicas, para llevar un seguimiento. Se aprovechan las visitas médicas para preguntar sobre datos desconocidos y opciones de tratamiento.

Finalmente se realiza una revisión bibliográfica de manera exhaustiva en distintas bases de datos como: Pubmed, Ebsco, Cuiden, Medline, Medigraphic, Google académico, SciELO, Sciencedirect y Clinicalkey for nursing. Utilizando los descriptores: Enfermería, Embarazo Ectópico, Dolor, Diagnóstico, Terapéuticas y Metotrexato.

#### *4.4.3. Procesamiento de los datos.*

En primer lugar se realiza un Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo AREA (Pesut & Herman, 1999) (Anexo 1). Consiste en realizar una valoración por medio de los 11 patrones de Marjory Gordon, después según los datos obtenidos en la valoración se extraen los diagnósticos enfermeros de la taxonomía NANDA (Herderman & Kamitsuru, 2015), para luego realizar una red de diagnósticos y seleccionar el principal. Una vez seleccionado el diagnóstico principal se buscan las posibles complicaciones

asociadas en base al manual de Lynda Carpenito (Carpenito, 2015) con el objetivo de evitarlas. Finalmente se eligen los objetivos a los que se quiere llegar y las intervenciones necesarias para ello, tanto en el diagnóstico principal como en las complicaciones a través de los manuales Clasificación de Resultados de enfermería (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2013) y Clasificación de intervenciones de Enfermería (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2013). Antes de que la paciente se le dé de alta, se comprueban los resultados obtenidos de la paciente con los objetivos propuestos.

Una vez llevado a cabo el Proceso de Atención de Enfermería, se realiza una revisión bibliográfica exhaustiva acerca del Embarazo Ectópico y el manejo por parte de enfermería.

## 5. RESULTADOS.

### 5.1. Descripción del caso.

Mujer, gestante 31 años que ingresa en la planta de Gestantes por un dolor intenso en la zona pélvica además de sangrado moderado. Gestante de 6 semanas de gestación(SG). Gestación única(un embrión).

Fecha de la última regla (FUR): 9/08/2019. Gestaciones: 2 Abortos: 1

Antecedente de gestación ectópica accidentada que precisó en 2018 salpingectomía derecha. Se realiza analítica y eco en URMA.

Ecografía: Útero de estructura normal. Endometrio decidualizado. Se objetiva saco gestacional con vesícula vitelina en cuerno izquierdo. No líquido libre en douglas.

Analítica: BHCG 18/09: 1510 mUI/ml

Paciente autónoma.

Grupo sanguíneo: A+

EVA: 7

TA: 130/78

Tª: 36.7

FC:97

Diagnóstico médico: embarazo ectópico en cuerno izquierdo. Ingreso para tratamiento médico con MTX + control analítico siguiendo protocolo de embarazo ectópico (EE). Toma de constantes vitales y valoración de metrorragia.

Tratamiento médico: MTX c/48h (2 dosis) IM preparado en farmacia 1 mg/kg + control analítico.

Perfusión de 3 ampollas de Nolotil IV de 5 ml (0.4mg/ml) + 1 ampolla de Dolantina 2ml (50mg/ml) en 500 ml de SF a pasar en 24 h (Velocidad de la perfusión 21 ml/h).

## 5.2. Valoración enfermera (Marjory Gordon).

### ***PATRÓN 1 PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD***

Edad: 31 años.

Sexo: Mujer.

Higiene personal: buena.

Interés en conductas saludables: Sí.

Problemas de salud: No.

Hábitos tóxicos: No.

Tabaco: No.

Alcohol: No.

Otros: No.

Vía Periférica: Antebrazo Derecho- 18G

Tratamiento: MTX c/48h (2 dosis) IM preparado en farmacia 1 mg/kg + control analítico.

Perfusión de 3 ampollas de Nolotil IV de 5 ml(0.4mg/ml) + 1 ampolla de Dolantina 2ml (50mg/ml) en 500 ml de SF a pasar en 24 h (Velocidad de la perfusión 21 ml/h).

### ***PATRÓN 2 NUTRICIONAL METABÓLICO***

Peso:69.8.

Talla: 1.56.

IMC:28.68

T°:36.7 °C

TA: 130/78

FC:97

Grupo sanguíneo: A+

Respiración: 22 rpm

Alimentación adecuada: sí.

Dieta equilibrada: Sí.

Ingesta suficiente: Sí.

Estado nutricional: Normal.

Alteraciones de la piel: No.

No tiene dificultad para deglutir, masticar y digerir el alimento. Apetito normal.

Mucosas hidratadas con coloración rosada. No hay lesiones en las encías.

Piel íntegra, vascularizada y coloración normal.

### ***PATRÓN 3 ELIMINACIÓN***

Frecuencia de deposiciones: Diaria.

Problemas de eliminación intestinal: No.

Dolor al defecar: No.

Consistencia de las deposiciones: Normal.

Sistemas de ayuda de eliminación intestinal: No precisa.

Problemas en la micción: No.

Problemas de eliminación cutánea: No.

### ***PATRÓN 4 ACTIVIDAD EJERCICIO***

Problemas limitantes (ABVD): No.

Cansancio excesivo: No..

Actividad laboral: Funcionaria.

Rutina de paseo: Sí.

Deporte: Si

Precisa reposo: No.

### ***PATRÓN 5 SUEÑO REPOSO***

Horario de sueño regular: Si.

Problemas con el sueño: No

Utiliza ayudas para dormir: No.

Se levanta cansada: No.

Existe ritual para dormir: No.

Signos de cansancio: No.

***PATRÓN 6 COGNITIVO PERCEPTUAL (Patrón alterado)***

Nivel de consciencia: Alerta.

Orientado: Sí.

Puede escribir: Sí.

Puede leer: Sí.

Alteraciones sensoriales: No.

Problemas de visión: No.

Problemas de audición: No.

Dolor: Sí. EVA:7. Intensidad de dolor: Moderado- intenso. Localización del dolor: Zona pélvica (hipogastrio).

Intranquilidad: Si.

Agitación: Sí.

***PATRÓN 7 AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO (Patrón alterado)***

Verbalizaciones autonegativas: Sí. Impotencia ante el diagnóstico de EE por segunda vez.

Expresiones de desesperanza: Si. Refiere que no va a poder tener hijos.

Expresión de inutilidad: Si.

Problemas con su imagen corporal: No.

Le preocupan los cambios físicos: No.

Miedo al rechazo de otros: No.

Preocupación excesiva por la opinión de los demás: No.

Imagen corporal: Cuidada.

Personalidad: Afirmativa.

Postura corporal: seguridad.

Contacto visual: Sí.

Patrón de voz: Nervioso.

Cambios frecuentes de ánimo: No.

### ***PATRÓN 8 ROL RELACIONES***

Rol: Esposa.

Nº de personas grupo familiar: 2

Convive en unidad familiar con su marido. Refiere tener buena comunicación con su esposo.

Problemas de relación laboral: No.

### ***PATRÓN 9 SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN***

Menarquia: 10 años.

Alteración ciclo menstrual: cese por embarazo.

Relaciones sexuales: Sí.

Utilización de anticonceptivo: No.

Dificultad con las relaciones sexuales: No.

Información sobre medios anticonceptivos: Sí.

Problema de fertilidad: No.

Gestaciones 2 Aborto: 1 por EE anterior.

### ***PATRÓN 10 AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS (Patrón alterado)***

Cambios importantes: Sí.

Soluciones inadecuadas a cambios: No.

Deficiente apoyo familiar: No.

Comunicación familiar limitada: No.

Estrés: Sí.

Agentes estresantes: Sí.

Desencadenantes del estrés conocido: Sí.

Tipo de estrés: Familiar.

### ***PATRÓN 11 VALORES CREENCIAS***

Planes de futuro: Sí.

Satisfecho con su vida: Sí.

Practica alguna religión: No.

Valores/costumbres culturales: Sí.

### 5.3. Diagnósticos de enfermería.

Se realiza la identificación de los diagnósticos de enfermería en base a los patrones alterados de la valoración. Los diagnósticos son escogidos según el Manual de Diagnósticos Enfermeros (NANDA) (Herdman et al. , 2015).

1. **(00120) Baja autoestima situacional** r/c antecedentes de pérdida m/p subestima su habilidad para gestionar la situación.

DEFINICIÓN: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

DOMINIO: 6 Auto percepción

CLASE: 2 Autoestima

NECESIDAD: 12 Trabajar/realizarse

PATRÓN: 7 Auto percepción-auto concepto

2. **(00125) Impotencia** m/p sentido de control insuficiente.

DEFINICIÓN: Experiencia vivida de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento

NECESIDAD: 11 Creencias/valores

PATRÓN: 7 Auto percepción-auto concepto

3. **(00146) Ansiedad** r/c crisis situacional m/p incertidumbre.

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

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 7 Autopercepción-autoconcepto

4. **(00145) Riesgo de síndrome postraumático** r/c percepción del acontecimiento como algo traumático.

DEFINICIÓN: Vulnerabilidad a la persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador, que puede comprometer la salud

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

CLASE: 1 Respuestas postraumáticas

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés

5. **(00158) Disposición para mejorar el afrontamiento** r/c expresa deseo de mejorar el manejo de los estresores.

DEFINICIÓN: Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para gestionar las demandas relacionadas con el bienestar, que puede ser reforzado

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés

6. **(00206) Riesgo de sangrado** r/c complicaciones del embarazo.

DEFINICIÓN: Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud

DOMINIO: 11 Seguridad/Protección

CLASE: 2 Lesión física

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 4 Actividad-ejercicio.

7. **(00132) Dolor agudo** r/c agentes lesivos m/p expresa dolor.

DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (*International Association for the Study of Pain*); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible

DOMINIO: 12 Confort

CLASE: 1 Confort físico

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 6 Cognitivo-perceptivo.

## PRIORIZACIÓN DEL DXE PRINCIPAL

Para la priorización, es necesario realizar una red de razonamiento clínico Pesut & Herman (1998).

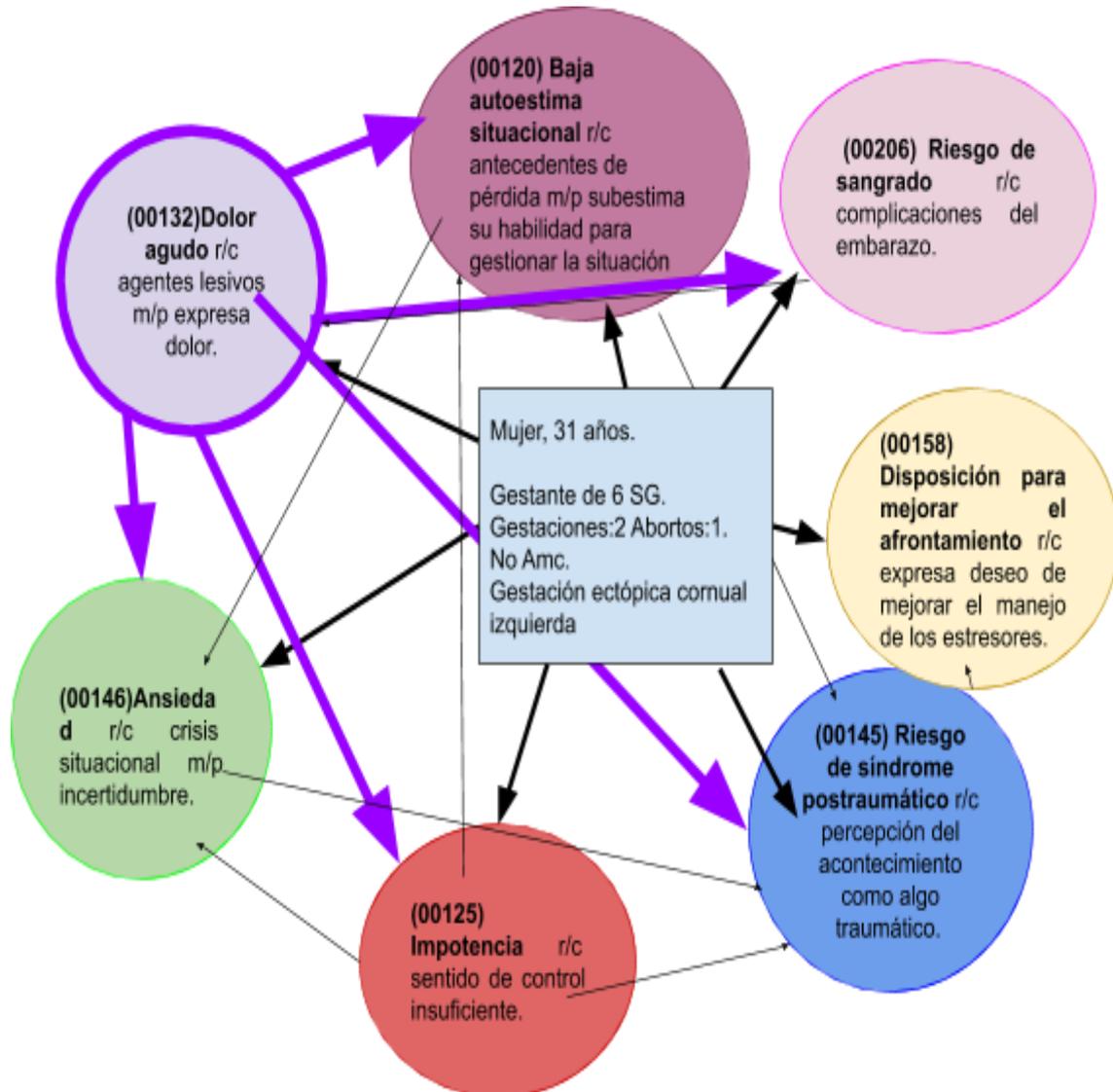


Figura 3: Red de relaciones para establecer el DxEp

Fuente: elaboración propia basada en el modelo AREA de Pesut & Herman (1998).

## JUSTIFICACIÓN DEL DXE PRINCIPAL

Ricci et al., (2013) nos explican en su estudio las principales características del embarazo cornual y su principal riesgo. Este tipo de gestación tiene mayor riesgo que otras localizaciones dentro de los Embarazos Ectópicos ya que el cuello del útero podría llegar a romperse provocando una hemorragia que puede llegar a provocar la muerte materna.

El hecho de que el saco gestacional crezca en este punto, provocará la ruptura del tejido miometrial que se encuentra vastamente irrigado por la rama ascendente de la arteria uterina. Así la complicación más probable es la hemorragia por la rotura uterina. También hay que tener en cuenta que la fertilidad futura podría verse afectada debido a la presencia de una cicatriz.

En las figuras 4, 5 y 6 se puede observar el Embarazo Ectópico en cuerno izquierdo, cavidad uterina vacía y saco gestacional vacío, que son los criterios para el diagnóstico de EE cornual por ultrasonografía.

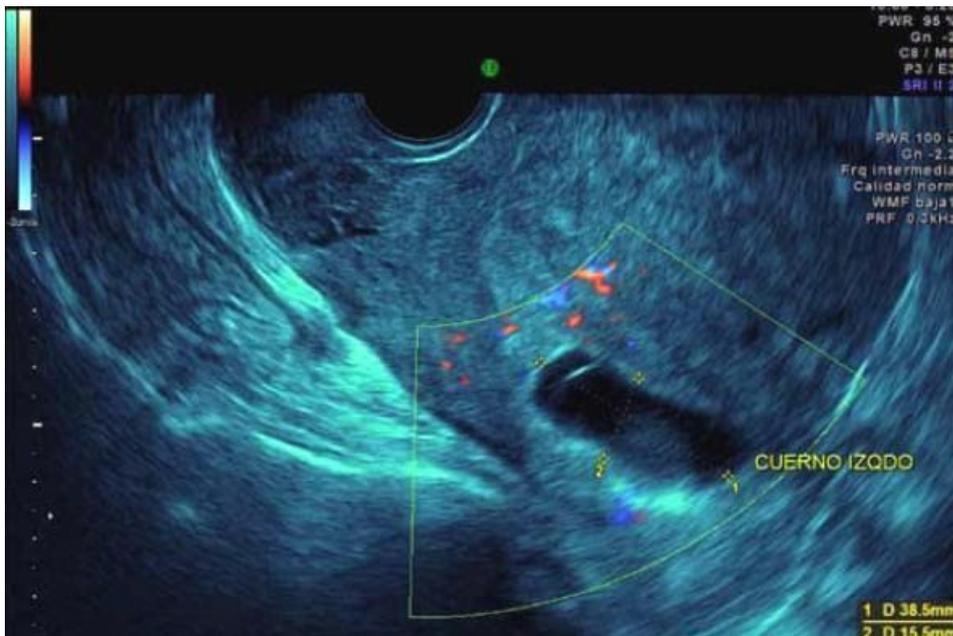


Figura 4: Embarazo Ectópico en cuerno izquierdo

Fuente: extraído del estudio de Ricci et al., (2013).



Figura 5: Cavity uterina vacía

Fuente: extraído del estudio de Ricci et al., (2013).

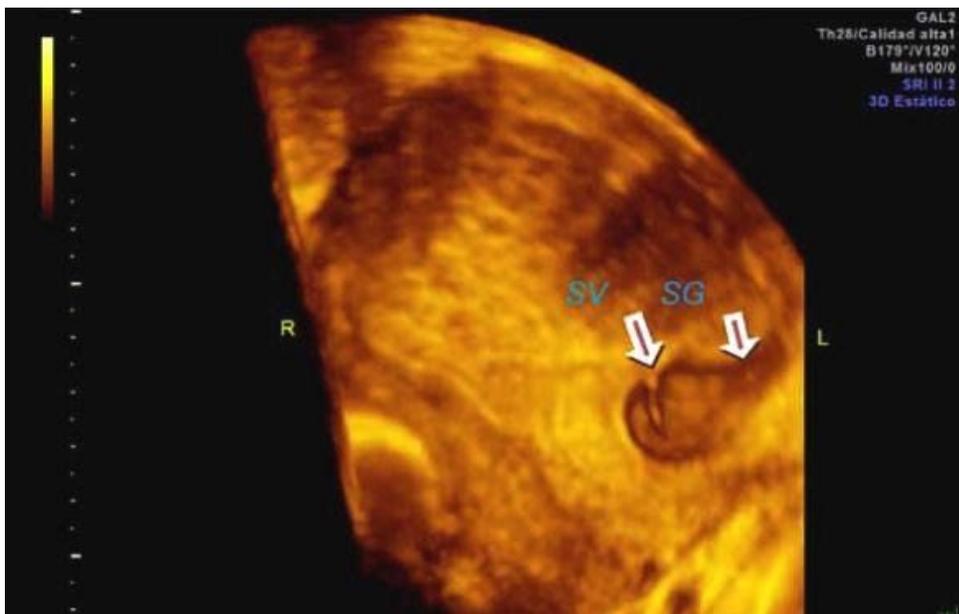


Figura 6: Visualización de saco gestacional

Fuente: extraído del estudio de Ricci et al., (2013)

Bueno et al., (2002) describen el porqué del tratamiento con metotrexato, es una forma de tratamiento menos agresiva que intenta evitar la cirugía (laparoscopia y salpingectomía), también busca la preservación de la trompa mejorando las expectativas de fertilidad futura. Es un tratamiento con agente quimioterápico, agonista del ácido fólico. Interrumpe la síntesis de ADN

y la multiplicación de las células. A día de hoy no se han demostrado los efectos fisiopatológicos específicos de este tratamiento pero se cree que induce el aborto y/o reabsorción del EE. Según el médico de planta, el tratamiento con metotrexato varía según el caso, se pueden administrar hasta cuatro dosis espaciadas de 48 horas cada una.

Respecto a el impacto que esto puede tener sobre la madre desde un punto de vista psicológico, Fuentes Martínez (2009) relata en su artículo que el aborto tiene una serie de consecuencias en la salud mental de la mujer que pasa por este proceso. Las reacciones no son iguales en cada mujer, pero en ningún caso es inocuo. Las investigaciones describen reacciones ansiosas, depresivas, sentimientos de vacío y dolor. Cuando una mujer se queda embarazada su biología cambia y su futuro gira entorno al embarazo.

La paciente está pasando por una situación que le genera ansiedad ya que le surgen dudas, miedos, se cuestiona su futuro En el artículo sobre la ansiedad de Sierra et al., (2003) podemos comprobar que la ansiedad forma parte del ser humano, todas las personas tienen algún tipo de ansiedad aunque sea un grado moderado, esto es una respuesta adaptativa. La ansiedad nos previene de peligros futuros indefinibles e imprevisibles, por eso su principal característica es que es anticipatoria, es decir, nos señala o previene un peligro o amenaza para la persona. El problema viene cuando la ansiedad supera los límites normales en intensidad, frecuencia o duración, esto podría llegar a provocar manifestaciones patológicas tanto a nivel físico como psicológico en el individuo.

Es importante tratar acerca de la autoestima y el afrontamiento ante esta situación, Bouquet (2012) en su artículo sobre el aborto espontáneo habla acerca de las repercusiones del aborto y cómo puede comportarse la mujer: De acuerdo con Oviedo et al., (2009) y Solís (2002) una gestación que llega a término, completa a la mujer y eleva su autoestima. Por lo que el aborto produce una disminución de la autoestima al mínimo. Es posible que a raíz de un aborto no deseado, la mujer intenta llenar su vacío de alguna forma, en general compulsivamente (comiendo de más, comprando de más, trabajando de más, etc.). Según Swanson et al., (2007), después de un aborto aparecen

en la mujer estados de culpa, desconcierto y miedo respecto a gestaciones futuras, ya que tienen la creencia que estas tampoco llegarán a término. En esta situación la mujer necesita ser escuchada y apoyada tanto por el médico como por la familia. Pero también en general las mujeres que sufren un aborto necesitan darle sentido a lo que ha sucedido y porqué ha sucedido.

Finalmente se decide seleccionar dolor agudo como diagnóstico principal ya que tiene un nivel de dolor elevado y todo esto puede agravar la experiencia vivida como algo muy desagradable y también porque lo primero es calmar las dolencias físicas para poder tratar el resto de problemas.

En el estudio de Guevara et al., (2005) acerca del manejo del dolor agudo encontramos qué es y para qué sirven los parámetros prácticos (como la escala EVA). El dolor es una experiencia desagradable que se asocia a un daño tisular (ya sea real o potencial). Los propósitos de los parámetros de práctica son:

1. Administración de un tratamiento efectivo para el dolor agudo.
2. Facilitar la seguridad, evitando las complicaciones del proceso.
3. Mantener la funcionalidad física y psicológica.
4. Mejorar la calidad de vida dentro de las posibilidades de cada individuo.
5. Educar y orientar tanto al paciente como a la familia en el autocuidado y participación.

#### **5.4. Problemas de colaboración (PC)/ Riesgos de complicación (RC).**

Para conocer cuáles son los problemas de colaboración y riesgos que puede presentar la paciente durante el tiempo que esté ingresada en el hospital, trabajaremos con el manual de diagnósticos enfermeros de Lynda Carpenito (1998).

##### Problemas de colaboración

- Embarazo ectópico.
- Metotrexato.

##### Riesgos de complicación:

- RC Anemia
- RC Hemorragia Masiva
- RC Shock hipovolémico.
- RC infección.
- RC Sepsis.
- Rc Shock séptico.
- RC Muerte.

RED DE RAZONAMIENTO PARA ESTABLECER EL RC PRINCIPAL

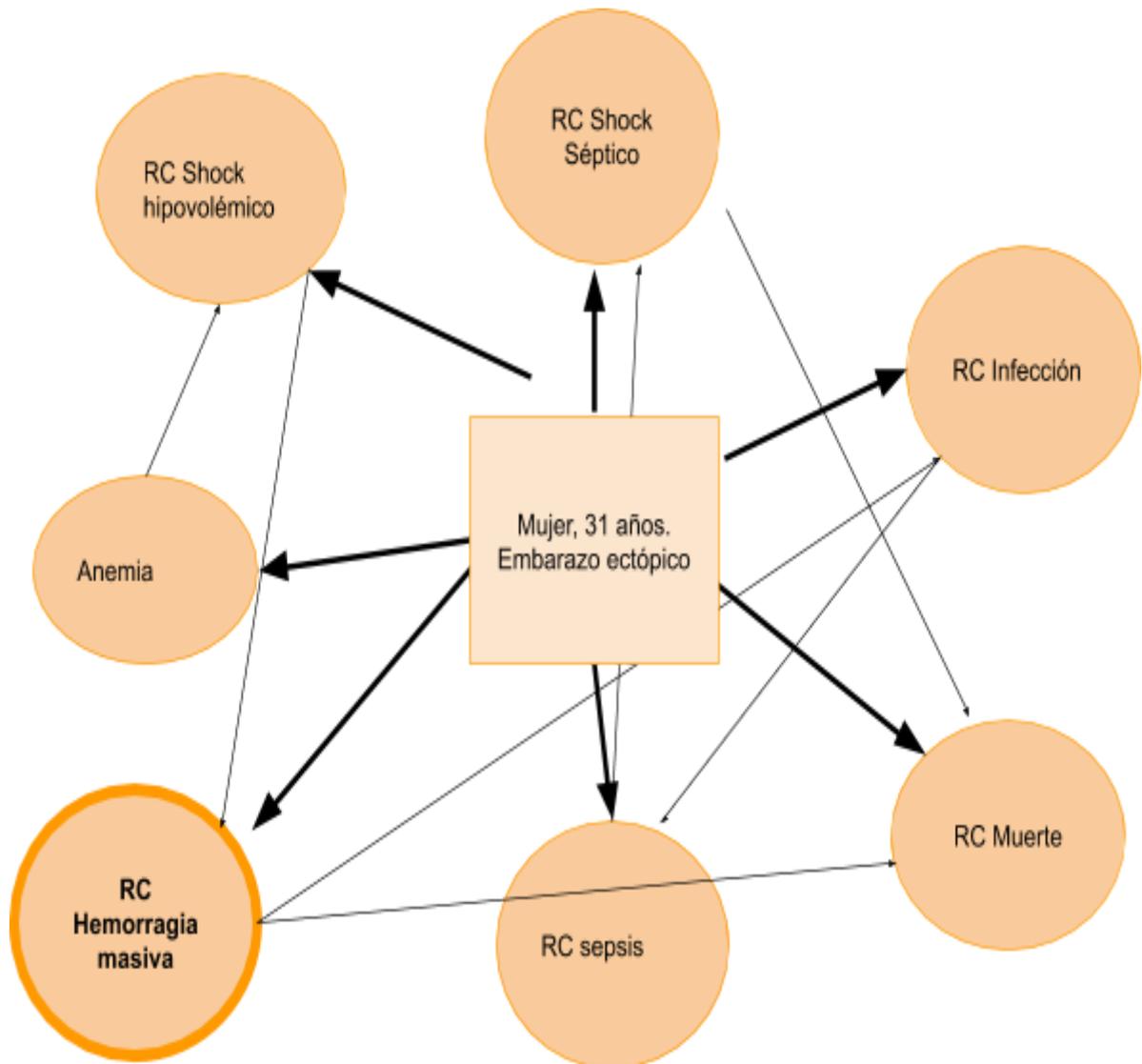


Figura 7: Red de relaciones para establecer el RCp.

Fuente: elaboración propia en base al manual de Carpenito (1998).

## JUSTIFICACIÓN DEL RC PRINCIPAL

De acuerdo con Pacheco et al., (2017) los factores que predisponen al embarazo ectópico son antecedente de inflamación pélvica, ser portadora de DIU (Dispositivo intrauterino), enfermedades de transmisión sexual y comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana. Además como reflejan en su artículo las complicaciones más frecuentes son anemia y shock hipovolémico. También es posible que la paciente muera en shock a consecuencia de una hemorragia por la rotura del lugar donde está implantado el embrión( en este caso en cuerno izquierdo). Si esto sucediese, se produciría una inundación del peritoneo que en caso de la supervivencia de la madre, puede provocar una infección.

Ricci et al., (2013) muestran en su estudio que todavía no se ha definido cuál es el mejor tratamiento para el EE cornual, pero comentan que lo más importante es evitar su complicación realizando un diagnóstico precoz. El diagnóstico precoz busca evitar la más temida de las complicaciones dentro del EE cornual , la hemorragia masiva debido a la rotura uterina, lo que podría llegar a provocar en los casos más extremos la muerte materna.

Puig (2014) nos explica sobre el metotrexato que se ha utilizado sobre todo en enfermedades inflamatorias durante los últimos 20 años. Las vías más frecuentes de administración son la oral, subcutánea y la intramuscular. Al ser un agente quimioterápico tiene una serie de efectos adversos relacionado con la acumulación en sangre del fármaco lo que produce toxicidad por altas concentraciones. La toxicidad es principalmente hematológica y hepática pero se puede monitorizar a través de controles analíticos como el hemograma, dándole importancia al volumen corpuscular medio de los hematíes, ya que es indicador precoz de la toxicidad. Por otra parte la toxicidad del metotrexato depende de la dosis y la forma de administración. Normalmente los efectos adversos de este fármacos se produce cuando se administran dosis elevadas o bajas continuadas en el tiempo. En el caso de nuestra paciente se administran dos dosis relativamente bajas por lo que es raro que produzca algún efecto adverso, la más común es una leve alteración gastrointestinal.

Cancio et al., (2004) coinciden en su estudio con Pacheco et al., (2017) en que la incidencia del EE se asocia a procesos inflamatorios tanto agudos como crónicos del aparato genital femenino y el inicio precoz de las relaciones sexuales.

Según Cancio et al., (2004) el tratamiento con metotrexate tiene el objetivo de conservar la fertilidad. También en este estudio se reflejan las complicaciones más frecuentes en las que encontramos anemia y shock hipovolémico.

Finalmente he seleccionado Hemorragia Masiva como riesgo de complicación principal ya que aunque en los estudios se reflejan complicaciones que se dan más a menudo, la hemorragia masiva es una urgencia vital que puede acabar con la vida de la mujer.

## **5.5. Planificación.**

### *5.5.1 Planificación del DxE principal.*

#### *5.5.1.1. Resultado(NOC).*

Los objetivos han sido extraídos del manual NOC: Johnson et al., (2011).

**DxEp: (00132) Dolor agudo** r/c agentes lesivos m/p expresa dolor.

DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible

DOMINIO: 12 Confort

CLASE: 1 Confort físico

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 6 Cognitivo-perceptivo

NOC principal del DxEp: **Nivel de dolor (2102)**

DEFINICIÓN: Intensidad del dolor referido o manifestado.

DOMINIO: 5 Salud percibida

CLASE: V Sintomatología

En el cuadro 6 se muestran los indicadores del NOCp del DxEp

Cuadro 6: Indicadores del NOCp del DxEp

INDICADORES	PI	PD	TIEMPO
(210210) Dolor referido	3	5	5 días
(210204) Duración de los episodios de dolor	3	5	5 días
(210206) Expresiones faciales de dolor	3	5	5 días
(210219) Gemidos y Gritos	3	5	5 días
(210221) Frotar el área afectada	3	5	5 días
(210225) Lágrimas	3	5	5 días
Escala Likert:  1: Gravemente comprometido. 2: Sustancialmente comprometido. 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido. 5: No comprometido.			

Fuente: elaboración propia.

#### 5.5.1.2. Intervenciones (NIC).

Las intervenciones han sido extraídas del manual de intervenciones (NIC): Bulechek et al., (2014).

#### **(2210) Administración de analgésicos.**

Comprobar órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia de analgésico prescrito.

Comprobar el historial de alergias medicamentosas.

Firmar el registro de narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo con el protocolo de la institución.

**(1400) Manejo del dolor.**

Asegurarse de que recibe los cuidados analgésicos correspondientes.

Disminuir los factores ambientales que precipitan o aumenten la experiencia de dolor.

**(2240) Manejo de la quimioterapia.**

Proporcionar información concreta objetiva relacionada con los efectos del tratamiento para reducir la incertidumbre, miedo y ansiedad sobre síntomas relacionados con el tratamiento.

Seguir las normas recomendadas para la administración de fármacos antineoplásicos durante la preparación y administración de los mismos para que sea segura.

**(6680) Monitorización de los signos vitales.**

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

Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.

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

Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.

Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

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

**(2313) Administración de medicación IM.**

Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.

Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Elegir la aguja y la jeringa adecuadas según la información del paciente y de la medicación.

Comprobar las fechas de caducidad de los fármacos.

Elegir el lugar de inyección adecuado y palpar si en la piel hay edema, masas o hipersensibilidad dolorosa; evitar zonas con cicatrices, contusiones, abrasiones o infecciones.

Colocar la mano no dominante en la referencia anatómica correcta; estirar la piel hasta que esté tirante.

Introducir la aguja rápidamente en un ángulo de 90°.

Aspirar antes de inyectar; si no se aspira sangre, inyectar lentamente la medicación, esperar 10 segundos después de inyectar la medicación, y entonces retirar suavemente la aguja y soltar la piel.

Presionar suavemente el sitio de inyección; evitar masajear.

Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas del centro.

#### **(2314) Administración de medicación IV.**

Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación.

Preparar la concentración adecuada de medicación i.v. a partir de una ampolla o vial.

Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. en la vena.

Lavar la llave i.v. con una solución adecuada antes y después de administrar la medicación, según el protocolo del centro.

Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.

Comprobar la presencia de infiltración y flebitis en el lugar de infusión.

Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas del centro.

#### **(4200) Terapia IV.**

Verificar la orden de la terapia i.v.

Instruir al paciente acerca del procedimiento.

Comprobar las cinco reglas de la administración correcta antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia correctos).

Seleccionar y preparar la bomba de infusión i.v., si está indicado.

Administrar los líquidos i.v. a temperatura ambiente, a menos que se prescriba otra cosa.

Insertar en el envase el equipo de administración correspondiente.

Mantener las precauciones universales.

**(4238) Flebotomía: Muestra de sangre venosa.**

Revisar la orden médica de la muestra que debe extraerse.

Verificar la correcta identificación del paciente.

Minimizar la ansiedad del paciente explicando el procedimiento y las razones de la extracción, según corresponda.

Seleccionar la vena, teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, el estado mental, comodidad, edad, disponibilidad y condición de los vasos sanguíneos, así como la presencia de fístulas o derivaciones arteriovenosas.

Estimular la dilatación del vaso mediante el uso de un torniquete, gravedad, aplicación de calor, masajeando la vena o apretando el puño y luego relajándolo.

Limpiar la zona con un movimiento circular, comenzando en el punto de la venopunción establecido y moviéndose en círculos hacia fuera.

Solicitar al paciente que permanezca quieto durante la venopunción.

Observar si se produce retorno sanguíneo en la aguja.

Extraer la muestra de sangre.

Extraer la aguja de la vena y aplicar presión inmediatamente en el sitio con una gasa seca.

Etiquetar la muestra con el nombre del paciente, fecha y hora de la extracción, y demás información, según corresponda.

Enviar la muestra etiquetada al laboratorio correspondiente.

Colocar todos los objetos afilados (aguja) en un contenedor.

**(5618) Enseñanza procedimiento/ tratamiento.**

Informar al paciente/allegados acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento.

Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.

Explicar el procedimiento/tratamiento.

Obtener/ser testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro, según corresponda.

Informar sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará.

### 5.5.2. Planificación del RC principal.

#### 5.5.2.1. Resultado (NOC).

Los objetivos han sido extraídos del manual NOC: Johnson et al., (2011).

NocP del RCp: **Severidad de la pérdida de sangre (0413).**

DEFINICIÓN: Gravedad de los signos y síntomas de hemorragia interna o externa.

DOMINIO: 2 Salud fisiológica

CLASE: E Cardiopulmonar

En el cuadro 7 se muestran los indicadores del NOCp del RC/PC.

Cuadro 7: Indicadores del NOCp de los RC/PC.

INDICADORES	PI	PD	TIEMPO
(41301) Pérdida sanguínea visible	4	5	Durante todo el ingreso
(41304) Sangrado vaginal	4	5	Durante todo el ingreso
(41313) Palidez de piel y mucosas	5	5	Durante todo el ingreso
(41312) Pérdida de calor corporal	5	5	Durante todo el ingreso
Escala Likert: 1: Gravemente comprometido. 2: Sustancialmente comprometido. 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido. 5: No comprometido.			

Fuente: elaboración propia.

### 5.5.2.2 Intervenciones (NIC).

Las intervenciones han sido extraídas del manual de intervenciones (NIC): Bulechek et al., (2014).

#### **(4010) Prevención de la hemorragia.**

Instruir al paciente y/o familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas.

Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias.

## 5.6. Ejecución.

### 5.6.1. Cronograma de intervenciones actividades.

En el cuadro 8 se muestran un cronograma de actividades e intervenciones llevadas a cabo sobre el sujeto de estudio.

Cuadro 8: Cronograma de intervenciones/actividades.

Turnos/ Nic	Mañana 1					Mañana 2					Mañana 3													
	8	9	10	11	12	13	14	15	8	9	10	11	12	13	14	15	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>(6680) Monitorización de los signos vital</b>				X					X								X							
<b>(2300) Administración de medicación</b>				X					X															
<b>(2313) Administración de medicación IM</b>												X												
<b>(2314) Administración de medicación IV</b>				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

(4200)Terapia IV				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
(4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa				X					X									X						
(5618) Enseñanza procedimiento/ tratamiento				X					X				X					X						
(2240) Manejo de la quimioterapia																								
(1400) Manejo del dolor				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
(2210) Administración de analgésicos				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
(4010) Prevención de hemorragia				X				X				X					X				X			X

Turnos/ Nic	Mañana 4									Mañana 5								
	8	9	10	11	12	13	14	15	8	9	10	11	12	13	14	15		
(6680) Monitorización de los signos vitales	X								X									
(2300) Administración de medicación					X													
(2313) Administración de medicación IM					X													
(2314)																		

Administración de medicación IV																
(4200)Terapia IV																
(4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa	x								x							
(5618) Enseñanza procedimiento/ tratamiento					x				x							
(2240) Manejo de la quimioterapia				x												
(1400) Manejo del dolor	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
(2210) Administración de analgésicos																
(4010) Prevención de hemorragia			x				x				x				x	

Fuente: elaboración propia.

### 5.6.2 Intervenciones/Actividades.

**Día 1 (Turno de mañana):** la paciente llega a través de URMA para tratamiento médico y control según protocolo (Anexo 3). Cuando llega a planta sobre las 11:00 am viene con un catéter periférico puesto en el antebrazo derecho pero no se le ha administrado medicación para el dolor, llega bastante afectada por el diagnóstico y cuándo aparecen los picos de dolor empieza a llorar y a tocar la zona baja de su abdomen. Se comprueba en el programa SILICON la medicación que hay que administrar ya que según Ambrosio et al.,

(2013). Los errores administración de medicación (EAM) aumentan el coste tanto para la institución como al paciente, Se le ha pautado analgesia con 3 ampollas de nolotil + 1 de dolantina cargadas en un SF de 500 ml al 0.9% a pasar en 24 horas. Se mira la historia de la paciente por si tiene alguna alergia medicamentosa, se prepara la medicación según órdenes médicas ( Se firma el registro de narcóticos en el libro correspondiente), se purga el sistema de infusión de bomba fijándose en fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia correctos. Cuando se carga la medicación se utilizan jeringas distintas para introducir cada medicación en la bolsa de suero y estas son estériles (sin abrir) al igual que los perforadores. Se cubre la bolsa de suero ya preparada con la medicación con una bolsa fotoprotectora ya que el Nolotil es un fármaco fotosensible. Se programa la bomba a 21 ml /h para que la medicación pase en 24 horas. Al llegar a la habitación la paciente expresa tener dolor. Me presento y se explica qué es lo que se le va a administrar, para qué sirve y que va a ser una perfusión continua. La paciente comprende y acepta. Antes de conectar la medicación se comprueba el catéter, no hay signos de flebitis y se administran 3 ml de SF 0.9% para comprobar permeabilidad. El catéter funciona correctamente y se continuó poniendo la infusión. Según la aplicación de solución salina al 0.9% se realiza con el objetivo de mantener la permeabilidad del catéter. Según Silva et al., (2007) la irrigación debe ocurrir antes y después de administrar soluciones o medicaciones incompatibles, tras terapias intermitentes o cuando el enfermo no ha necesitado infusión de líquidos continuamente. Se le explica a la paciente que irá haciendo efecto poco a poco y que en caso de que el dolor fuese a más debe avisar. Se pregunta a la paciente si desea apagar la luz para intentar descansar y se explica el control de la temperatura de la habitación. Vuelvo al control y registro en Silicon que la perfusión está pasando.

Pasados 30 minutos se vuelve a la habitación para tomar las constantes vitales y comprobar que la analgesia está haciendo efecto. La paciente refiere mejoría aunque dice seguir notando pinchazos fuertes a intervalos de tiempo irregular.

Se realiza la monitorización de las constantes (TA, pulso y T<sup>a</sup>). TA 130/78 FC:97 T<sup>a</sup> 36.7. Se explica a la paciente que se va a realizar monitorización de constantes por turnos para comprobar las posibles fluctuaciones. Se observa el estado de piel y mucosas, piel íntegra e hidratada, mucosas rosadas y húmedas.

Se aprovecha este momento para explicar tanto a la paciente como a su familia el sangrado vaginal. Según Asturizaga et al., (2014). el sangrado puede suponer una urgencia obstétrica cuando la hemorragia es abundante y requiere al equipo multidisciplinario en caso de shock además de disponer de los hemoderivados necesarios. La paciente afirma comprender que una de las complicaciones del EE es la hemorragia . Se le explica que es normal algo de sangrado pero que debe vigilar la cantidad, y en caso de ser más abundante que una regla, llamar al control de enfermería y avisar. Pasa la mañana sin complicaciones aunque refiere que sigue teniendo algo de dolor irregular “Son pinchazos fuertes que duran poco tiempo y luego deja de dolerme”

**Día 2 (Turno de mañana):** en el relevo de enfermería se explica que la paciente ha pasado bien la noche.

Lo primero que se hace es comprobar las peticiones, la paciente tiene programada una analítica a primera hora de la mañana para saber los niveles de B-HCG. En la petición aparece Hemograma, Bioquímica y Coagulación. Según Nieves (2003) es preocupante el hecho de que una flebotomía no se realice correctamente, en muchos casos, se realiza sin cambiar los guantes o incluso sin el empleo de guantes. Se prepara el vacutainer, compresor, algodón con alcohol, gasas y los tubos pertinentes para la extracción sanguínea. Se explica a la paciente que se va a realizar una analítica diaria para comprobar que los niveles de la B-HCG, que es una hormona embrionaria que sólo está presente en sangre de embarazadas, por lo tanto se debe comprobar que los niveles van disminuyendo y eso significa que el tratamiento está funcionando. Acepta y comprende y se le recuerda que el tratamiento con metotrexato va a comenzar esa misma mañana a las 12 h. Se pone el compresor para estimular la dilatación de la vena. Se selecciona una vena y se limpia la zona con un movimiento circular comenzando desde el punto de la

venopunción realizando círculos hacia fuera. Se solicita al paciente que intente evitar moverse durante la venopunción. Se observa el retorno sanguíneo en la aguja y se extrae la muestra de sangre. Se extrae la aguja y se aplica presión con una gasa seca en el sitio de punción para evitar la salida de sangre y la producción de un hematoma. Se vuelve al control, se coloca el vacutainer en su contenedor correspondiente (amarillo) se limpia la batea y se tiran gasas y algodón contaminados, se etiquetan las muestras sanguíneas con un código y este se codifica en el programa SELENE para enviarlo al laboratorio a analizar. Se envía la muestra al laboratorio para analizar.

Se vuelve a realizar la toma de constantes TA: 100/65 FC:80 T<sup>a</sup>:36.5. Se registran los datos en SELENE. A la toma de constantes se aprovecha para comprobar el nivel de dolor y refiere que ya no le duele aunque muy esporádicamente tiene pinchazos en la zona pélvica. También se comprueba el nivel de sangrado y la paciente refiere “no haber sangrado mucho” y nos muestra las compresas que ha utilizado durante la noche. Se comprueba que el sangrado no es muy abundante.

A lo largo de la mañana se explica a la paciente y familiares que el tratamiento con MTX van a ser 2 dosis espaciadas de 48 horas con el propósito de producir la muerte del embrión y que se desprenda del cuello del útero por sí solo sin necesidad de tratamiento quirúrgico. Se le explica que es un fármaco con composición quimioterápica que va a ser una dosis preparada según su peso y que la administración se realizará por vía intramuscular.

Se le facilita el consentimiento informado para tratamiento médico del Embarazo Ectópico (Anexo 2). La paciente firma en presencia de su madre tras haber recibido y entendido la información.

A las 12h ya ha llegado la medicación preparada de farmacia y se sigue el protocolo de administración, doble guante y mascarilla. Se prepara la batea con algodón impregnado en alcohol, gasas y el preparado de metotrexato. Se elige el lugar de inyección adecuado (cuadrante superior externo de la nalga). Se limpia la zona con alcohol y se introduce la aguja rápidamente en un ángulo de 90°, se aspira antes de introducir el fármaco para comprobar que no sangra y se inyecta la medicación de forma lenta y progresiva (se tardan unos 40

segundos). Se esperan 10 segundos después de la administración y se retira la aguja presionando suavemente el sitio de punción con una gasa seca evitando masajear. Se vuelve al control y se registra la intervención.

La paciente sigue con la perfusión continua de nolotil + dolantina.

**Día 3 (Turno de mañana):** se realiza analítica de control y se envía a laboratorio. Se toman las constantes vitales TA:90/55 FC: 72 T°: 36.2. Se aprovecha para preguntar por dolor, la paciente refiere no haber tenido ningún tipo de dolor a lo largo de la noche. Se comunica al médico y decide quitar la perfusión continua y pauta nolotil si precisa. Se comprueba el sangrado y sigue habiendo, pero es escaso. Pasa la mañana bien y sin complicaciones.

**Día 4 (Turno de mañana):** se realiza analítica de control y se envía a laboratorio. Se toman las constantes vitales TA: 82/47 FC:64 T°:36.2. Se pregunta por dolor y refiere haber necesitado un Nolotil a mitad de la noche pero que el dolor cede a los 40 minutos. Se comprueba sangrado y sigue siendo escaso. Se administra la 2ª dosis de metotrexato siguiendo protocolo y cambiando la nalga. Pasa bien la mañana y sin complicaciones.

**Día 5 (Turno de mañana):** se realiza analítica de control. Constantes vitales TA 115/79 FC:89 Tª: 36.2. Refiere haber pasado la tarde y noche anterior sin dolor y sin necesidad de analgesia. Se comprueba el sangrado y sigue siendo escaso. El médico decide darle el alta a domicilio ya que la paciente se encuentra bien y sin dolor, los niveles de B-HCG están disminuyendo y ya ha terminado el tratamiento con Metotrexato.

Se explica a la paciente que debe seguir controlando el sangrado y temperatura en domicilio y en caso de sangrado mayor a regla o temperatura por encima de 38°C debe acudir a urgencias.

Valores de la B-HCG seriada:

Día 2: 5500 mUI/ml

Día 3: 2081 mUI/ml

Día 4: 1416 mUI/ml

Día 5: 813.5 mUI/ml

El médico explica a la paciente que deberá acudir a controles analíticos en su centro de salud hasta que la BHCG llegue a 0.

## 5.7. Evaluación.

### 5.7.1 Evaluación del resultado del DxEp.

En el cuadro 9 aparecen los resultados obtenidos de los indicadores del NOCp del Dxep.

Cuadro 9: Evaluación de los indicadores del NOCp de los DxE.

INDICADORES	PI	PD	PA	TIEMPO
(210210) Dolor referido	3	5	5	5 días
(210204) Duración de los episodios de dolor	3	5	5	5 días
(210206) Expresiones faciales de dolor	3	5	5	5 días
(210219) Gemidos y Gritos	3	5	5	5 días
(210221) Frotarse el área afectada	3	5	5	5 días
(210225) Lágrimas	3	5	5	5 días
Escala Likert: 1: Gravemente comprometido. 2: Sustancialmente comprometido. 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido. 5: No comprometido.				

Fuente: elaboración propia.

La puntuación alcanzada en el NOCp del DXEp es 5 (no comprometido) ya que durante el ingreso la paciente ha ido mejorando, cada vez le dolía menos y ha llegado un punto donde no ha necesitado analgesia en perfusión continua. Cuando la paciente se va de alta tiene una EVA de 0 refiere encontrarse muy bien físicamente.

(210210) Dolor referido: Resultado conseguido

(210204) Duración de los episodios de dolor: Resultado conseguido.

(210206) Expresiones faciales de dolor: Resultado conseguido.

(210219) Gemidos y Gritos: Resultado conseguido.

(210221) Frotar el área afectada: Resultado conseguido.

(210225) Lágrimas: Resultado conseguido.

### 5.7.2 Evaluación del resultado del RCp.

En el cuadro 10 se muestran los resultados obtenidos del NOCp de los RC/PC.

Cuadro 10: Evaluación de los indicadores del NOCp de los PC/RC.

INDICADORES	PI	PD	PA	TIEMPO
(41301) Pérdida sanguínea visible	4	5	5	Durante todo el ingreso
(41304) Sangrado vaginal	4	5	4	Durante todo el ingreso
(41313) Palidez de piel y mucosas	5	5	5	Durante todo el ingreso
(41312) Pérdida de calor corporal	5	5	5	Durante todo el ingreso
Escala Likert: 1: Gravemente comprometido. 2: Sustancialmente comprometido. 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido. 5: No comprometido.				

Fuente: elaboración propia.

Durante todo el ingreso se ha hecho mucho hincapié en la vigilancia del sangrado y la toma de constantes. Cuando la paciente se va de alta todavía tiene un sangrado moderado pero es normal siempre que no exceda unos

límites (sangrado mayor que una regla). Se le recomienda que siga vigilando el sangrado y tomándose la temperatura una vez que esté en casa y que si sangrase más que una regla o tuviese una temperatura superior a 38°C debe acudir a urgencias.

(41301) Pérdida sanguínea visible: Resultado conseguido

(41304) Sangrado vaginal: Resultado en consecución.

(41313) Palidez de piel y mucosas: Resultado conseguido

(41312) Pérdida de calor corporal: Resultado conseguido.

## **5.8. Reflexión.**

Para realizar este trabajo, el modelo teórico de Virginia Henderson ha sido la base de la fundamentación, ya que es una de las principales teóricas de enfermería.

El modelo de Henderson está relacionado con “La teoría de las necesidades humanas” de Maslow. Para Virginia Henderson (1922) los humanos tenemos necesidades que debemos satisfacer para poder mantener un equilibrio y estabilidad. Además considera al ser humano como un ser biopsicosocial con necesidades. Percibe la salud como una habilidad de la persona para mantener sus necesidades básicas satisfechas, buscando la independencia de las personas cuando sus necesidades están cubiertas. En esto influyen dos factores:

- Factores permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio sociocultural y capacidad física.
- Factores variables o patológicos: Un accidente, una enfermedad...

Define entonces las 14 necesidades básicas que incluyen los cinco niveles jerárquicos de la pirámide de Maslow que en orden son: necesidades fisiológicas, necesidad de seguridad, necesidad de pertenencia y afecto, necesidad de estima y reconocimiento y necesidad de autorrealización.

Henderson considera que la finalidad de la enfermera es ayudar a los individuos en la satisfacción de las necesidades para que puedan mantener la independencia.

La planificación y ejecución de este trabajo están orientadas a eliminar el principal problema que incapacita a la paciente (el dolor) necesidad fisiológica que es aquella que la paciente no tenía cubierta.

Por otra parte, se debería hacer hincapié en la esfera psicológica ya que un aborto conlleva cambios en la vida. Finalmente la mayor duda para la paciente era acerca de su fertilidad, ella daba por hecho que ya no iba a poder tener hijos, pero el médico cambia su visión al explicarle que mantiene su capacidad reproductiva.



## 6. DISCUSIÓN

Matos et al., (2018) y Monzón et al., (2020) coinciden en que durante los últimos 20 años los casos de Embarazo Ectópico han aumentado exponencialmente principalmente en países desarrollados. Aunque la mortalidad ha decaído, los Embarazos Ectópicos suponen entre 10-15% del total de muertes maternas lo que es una cifra bastante elevada.

Respecto al lugar de implantación del blastocisto, Capmas et al., (2017) concluyen que el 93% mientras que Matos et al., (2018) describen que el 95% se implanta en las trompas de Falopio, siendo ovarios, cuernos del útero y cavidad abdominal, las localizaciones menos frecuentes.

Valladares et al., (2016) explican en su estudio que el 2% del total de embarazos son de implantación ectópica y que el 95% de los ectópicos son de implantación tubárica. “Siendo sus formas no tubáricas el embarazo ovárico (0,5%), el embarazo abdominal (1,3%), el embarazo cornual (3%), el embarazo intraligamentario (0,1%), y el embarazo en cuerno uterino rudimentario.”(pág 2).

Velázquez et al., (2011): “ La localización más frecuente se da en el conducto tubárico, con 96-99 % de los casos. Los que se encuentran en la zona intersticial o cornual (solo en 2-4 %) son menos usuales”. (pág 693).

El caso presentado, padeció un Embarazo Ectópico en 2018 alojado en trompa de falopio. Un año y medio después presenta Embarazo Ectópico cornual, algo poco habitual.

Sobre las manifestaciones clínicas, en el estudio descriptivo transversal de Moya et al., (2013) se muestran las manifestaciones clínicas del Embarazo Ectópico en un grupo de estudio compuesto por 140 mujeres diagnosticadas de Embarazo Ectópico. El resultado de dicho estudio es la predominancia de síntomas de la triada clásica de los síntomas apareciendo amenorrea en 47

pacientes (33,6%), sangrado vaginal en 38 pacientes (27,1%) y dolor hipogástrico en 62 pacientes (44,3%).

En el estudio de Matos et al., (2018) en el que se incluyeron 763 pacientes diagnosticadas de EE entre 2002 y 2006 se concluye que del total de mujeres, un 85,7% sufrían dolor en la parte baja del vientre y sangrado vaginal al ingreso. Un 78,3% dolor hipogástrico y amenorrea.

Los siguientes estudios muestran distintos casos de Embarazos Ectópicos cornual que se diagnostican a partir de la sintomatología predominando la triada clásica. Delgado et al., (2012) presentan un caso de Embarazo Ectópico cornual de una mujer de 28 años que llega a urgencias después de 11 horas con sangrado transvaginal escaso y dolor en hipogastrio de tipo espasmódico. Zaragoza et al., (2009) presentan un caso de una mujer que presenta sangrado vaginal desde hace 6 semanas. Después de ecografía transvaginal se confirma el Embarazo Ectópico cornual. De la Hoz et al., (2014) presentan en su estudio 3 casos de embarazo ectópico cornual. El primer caso, una mujer de 27 años, 12 semanas de gestación que ingresa por un cuadro clínico de sangrado vaginal y dolor hipogástrico de tipo espasmódico de 9 horas de evolución. El segundo caso, una paciente de 18 años que consulta por un cuadro clínico de 72 horas de evolución en el que se incluye metrorragia y dolor hipogástrico que ha pasado de leve a severo. Finalmente el último caso es una mujer de 36 años que consulta por un cuadro clínico de 48 horas de evolución presentando sangrado vaginal escaso y dolor hipogástrico de tipo cólico. Bertin et al., (2019) presentan en su estudio dos casos de Embarazo Ectópico cornual. Primer caso, mujer de 42 años asintomática, 10 semanas de gestación. Segundo caso, mujer de 24 años que consulta por un sangrado vaginal moderado de 7 días de evolución y dolor hipogástrico de tipo cólico.

Nuestro objeto de estudio es una mujer de 31 años, gestante de 6 semanas que consulta en urgencias por un sangrado vaginal moderado y dolor hipogástrico de tipo cólico. Después de la ecografía transvaginal se confirma Embarazo Ectópico cornual (cuerno izquierdo). Por lo tanto la paciente del caso

de estudio presenta 2 de los 3 síntomas de la triada clásica. La gran mayoría de los estudios consultados en los que se presentan casos de Embarazo Ectópico cornual llegan a consulta por algún síntoma de la triada clásica.

Los factores de riesgo son amplios incluyendo los abortos anteriores, cirugía pélvica anterior, infecciones de transmisión sexual, técnicas de reproducción asistida o incluso Embarazos Ectópicos previos entre otros. Autores como Rodríguez y Altunaga (2010) consideran como factores de riesgo del Embarazo Ectópico según su estudio: edad, hábito tabáquico, edad de inicio de las relaciones sexuales, antecedentes obstétricos (embarazos, abortos, partos...) y afecciones pélvicas (enfermedad inflamatoria pélvica, ooforectomía, salpingectomía por Embarazo Ectópico...).

Por otra parte en el estudio de Assouni et al., (2018) en el que se extraen los factores de riesgo de padecer Embarazo Ectópico concluye que el rango de edad entre los 28 y los 33 años tiene un 35% de riesgo respecto a otros edades. El caso del presente estudio tiene 31 años por lo que se incluye dentro de este grupo.

En el estudio de Bertin et al., (2019) en el que se estudian 35 casos de Embarazo Ectópico no complicado, “en relación a los factores de riesgo: 10 mujeres (29,4%) tenían antecedente de embarazo ectópico previo, 15 (44,1%) de cirugía abdominal previa y 10 (30,3%) pacientes habían sido usuarias de DIU.” (pág 57).

En concreto entre los factores de riesgo del EE cornual se incluyen técnicas de reproducción asistida. También las distintas cirugías en la zona pélvica suponen un factor de riesgo. Finalmente el DIU, la endometritis crónica, la exposición del útero al dietilbestrol (estrógeno sintético que se utiliza en mujeres embarazadas para reducir el riesgo de aborto) y las adherencias intrauterinas también se consideran factores de riesgo (Martínez et al., 2018).

El caso de estudio tiene distintos antecedentes que según la bibliografía consultada aumentan la probabilidad de padecer Embarazo Ectópico. La

paciente presenta un Embarazo Ectópico anterior, tratado en 2018 por salpingectomía. Además el presente embarazo se consiguió por métodos de inseminación artificial en concreto fecundación in vitro. Se concluye respecto a los factores de riesgo que la paciente presenta edad, ya que se encuentra en edad reproductiva, antecedentes obstétricos (embarazo ectópico anterior), afección pélvica (salpingectomía) y técnicas de reproducción asistida.

En relación a la complicación principal del Embarazo Ectópico cornual, Troncoso et al., (2005) comentan que: “La hemorragia masiva tiene una frecuencia cercana al 30% , potencialmente mortal, y requiere para su tratamiento procedimientos quirúrgicos de emergencia.” (Pág 257) .

El Embarazo Ectópico cornual como comentan Flores et al., (2010) en su estudio, representa una mortalidad de hasta un 2,2%. Si no se detecta a tiempo, se puede producir una ruptura del lugar de implantación, generalmente en edades gestacionales avanzadas, ocasionando una hemorragia masiva que produce una descompensación hemodinámica grave.

Carazo et al., (2012): “La gestación cornual es más peligrosa que otros tipos de embarazo ectópico porque una hemorragia aguda puede tener lugar durante una rotura cornual.”(pág 491).

Por lo tanto el diagnóstico temprano se hace imprescindible para iniciar el tratamiento elegido lo antes posible. También la vigilancia exhaustiva durante el tratamiento, es necesaria para evitar la hemorragia masiva, considerada la complicación principal.

En cuanto al diagnóstico, se realizará teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas, aunque en ocasiones puede ser asintomático. Por otra parte se utilizarán métodos auxiliares como la ecografía por vía transvaginal y la cuantificación de los niveles de B-HCG (Medina, 2019).

Los criterios de la ecografía transvaginal para la confirmación de Embarazo Ectópico cornual son: “ cavidad uterina vacía, visualización de un

saco gestacional a más de 1 cm del borde más lateral de la cavidad uterina y presencia de una capa delgada de miometrio que rodea el saco.”(pág 545) (Monzón et al., 2020). El presente caso de estudio, según la historia clínica consultada , presenta útero de estructura normal, endometrio decidualizado, saco gestacional con vesícula vitelina en cuerno izquierdo y no líquido libre en saco de douglas.

Cuando el diagnóstico se hace complicado, la resonancia magnética (RM) es otra opción para el confirmar la presencia de Embarazo Ectópico (Elson et al., 2016).

A la paciente de estudio se le realiza ecografía transvaginal y analítica con la cuantificación de la B-HCG para confirmación de diagnóstico. El médico confirma finalmente la presencia de embarazo cornual izquierdo con la ecografía, además los niveles obtenidos de B-HCG son de 5.500 mIU/ml.

Actualmente, hay controversia respecto a la elección de tratamiento (médico o quirúrgico). Tanto el tratamiento médico (con metotrexato) como la conducta expectante son tratamientos conservadores que buscan preservar la fertilidad futura. Cabe destacar que los tratamientos conservadores pueden llevar complicaciones asociadas, principalmente la hemorragia masiva, por lo que es necesario informar a la paciente y explicar la importancia de la vigilancia con el fin de que el tratamiento sea exitoso. A pesar de los avances, a día de hoy el enfoque estándar de tratamiento en el Embarazo Ectópico sigue siendo el quirúrgico (Fram et al., 2019).

Generalmente la elección de tratamiento del Embarazo Ectópico cornual ha sido el quirúrgico, pero en los últimos años se han buscado terapias que pretendan preservar la fertilidad. Las pacientes que llegan a consulta con síntomas graves como hipotensión o sangrado vaginal abundante se manejan de forma quirúrgica directamente (Dagar et al., 2018).

En el estudio de Jiménez et al., (2002) en el que se trató a 112 pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico cornual con dosis única de metotrexato,

resultó que el 85% tuvo resultados favorables. Un 15% requirió tratamiento quirúrgico por falta de eficacia del metotrexato.

En este párrafo se muestran casos de distintas mujeres con diagnóstico de Embarazo Ectópico cornual tratadas con metotrexato: Monzón et al., (2020) muestran en su estudio el caso de una mujer de 35 años con diagnóstico de Embarazo Ectópico cornual izquierdo. Se decide el manejo con dosis única de metotrexato y control analítico de la B-HCG. Una semana después se observa un descenso de más del 15% de la B-HCG, pero luego se estancan los niveles. Quince días después de la administración de metotrexato se decide administrar otra dosis y aún así el tratamiento no es efectivo. Finalmente se realiza una salpingectomía bilateral laparoscópica ante la falta de resultados del tratamiento médico. Zarama et al., (2019) presentan un caso de Embarazo Ectópico cornual derecho de una mujer de 27 años. Se decide tratamiento con metotrexato, 3 dosis espaciadas de 48 horas. Después del tratamiento se realiza un examen laparoscópico en el que se encuentra que el tratamiento no ha sido efectivo, por lo que es necesario el tratamiento quirúrgico. Betul et al., (2020) presentan un caso complicado de Embarazo Ectópico cornual de una mujer de 37 años, 11 semanas de gestación y niveles de B-HCG > 10.000 mIU/ml. Según la bibliografía consultada hasta ahora, el tratamiento médico está contraindicado en este caso. La paciente, decide asumir los riesgos del tratamiento con metotrexato (vía sistémica) debido a que quiere preservar su fertilidad. Después de 51 días de tratamiento se observa que los niveles de B-HCG disminuyen y a los 91 días la paciente tiene la menstruación. Después de un control ecográfico se decide que el tratamiento ha sido efectivo. Pantoja et al., (2016) presentan un caso de una paciente con Embarazo Ectópico cornual izquierdo de 6 semanas de gestación. Se decide tratamiento médico con metotrexato multidosis por vía intramuscular. Después de 14 días se realizó un estudio de los niveles de B-HCG en los que se muestra que el tratamiento ha sido eficaz.

Valladares et al., (2016) definen cinco condiciones para el manejo con metotrexato: “Confirmación de embarazo cornual, paciente

hemodinámicamente estable, edad gestacional menor de 10 semanas, ausencia de enfermedad renal o hepática y ausencia de trombocitopenia o leucopenia” (Pág 4). Respecto al caso de estudio cumple los cinco criterios establecidos por lo que es candidata para el tratamiento médico.

La tasa de éxito del metotrexato según Martínez et al., (2018) es mayor en administración multidosis (93%) en comparación de la tasa con unidosis (81%). Definen entonces los predictores de mala respuesta en el Embarazo Ectópico cornual “una edad gestacional mayor de 9 semanas; las concentraciones B-HCG mayor a 10.000 mUI/ml y actividad cardiaca fetal”(Pág 10). El presente estudio muestra que la paciente recibió dos dosis de metotrexato espaciadas por 48 horas y que dicho tratamiento resultó exitoso.

La paciente de estudio tiene niveles de B-HCG iniciales de 5.500 mIU/ml y edad gestacional de 6 semanas, hemodinámicamente estable y no tiene ninguna enfermedad presente ni contraindicación alguna para el tratamiento con metotrexato. Por lo tanto, es candidata para el tratamiento médico con metotrexato según Martínez et al., (2018) y Valladares et al., (2016)

La muerte a nivel perinatal, es un duro proceso para los padres y en general el equipo sanitario no está capacitado para abordarlo. Supone la destrucción de la esperada paternidad, si no se orienta de la manera adecuada puede llevar asociados trastornos psiquiátricos. “ El 20 al 30% de las mujeres que han experimentado una pérdida perinatal sufre alteraciones psiquiátricas en el primer año de su pérdida”(Pág 305) (Alvarado, 2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la muerte perinatal se produce a partir de las 22 semanas de gestación, a diferencia de Kowalski (1987) que lo alarga desde la concepción del hijo. Actualmente, se llevan a cabo estrategias para el afrontamiento de estas situaciones, aunque la mayoría de hospitales no tiene un protocolo concreto a seguir. Parte del problema reside en que la mayoría del personal sanitario no ha sido educado para abordar la muerte perinatal (Calderer et al., 2018). Para solucionar estos problemas es importante mantener contacto y dar una información óptima y

verídica acerca del procedimiento. Por otra parte apoyarse en el equipo de salud mental siempre que se crea necesario (Páez et al., 2019).

No hablar de lo sucedido puede provocar depresión, ansiedad o estrés postraumático. Es necesario guiar a las mujeres y sus parejas para evitar las patologías o alargar el duelo. Muchas mujeres muestran insatisfacción respecto la atención, apoyo y comunicación hospitalaria recibida en dicha esfera (Mejías et al., 2014). En cuanto a la paciente de estudio, la información que se le ofrece es muy completa y en todo momento se explica el proceder, es decir, qué se va a hacer y porqué se va a hacer. Se considera que durante la atención, faltó el apoyo psicológico y una conversación por parte del equipo sanitario acerca de cómo se encontraba por lo sucedido.

Las siguientes actividades, competencia de Enfermería, son la forma de proceder ante un Embarazo Ectópico según Amado et al., (2017) entre las intervenciones se destacan:

- Control de constantes.
- Analítica que incluya Hemograma y Coagulación. Se debe pedir también el grupo sanguíneo , RH y niveles de B-HCG.
- Vía periférica.
- Tratamiento según semanas de gestación y lugar de implantación (metotrexato o quirúrgico, decisión médica).
- Control del dolor.

Para el tratamiento con metotrexato hay que obtener un hemograma, hoja hepática y función renal por los posibles efectos adversos, debido a que no está exento de riesgos o efectos secundarios como describen Ibáñez et al., (2017)

La mayoría de mujeres con diagnóstico temprano pueden tratarse con metotrexato. El porcentaje de éxito es de cerca del 90% cuando las pacientes son seleccionadas correctamente. Actualmente existen tres formas de tratamiento médico: multidosis, una dosis y dos dosis. En concreto a la

paciente de estudio se le aplica el protocolo de dos dosis, este se administra por vía intramuscular a razón de 50 mg/m<sup>2</sup> ( Cornejo et al., 2019).

Para el control de el dolor que presenta la paciente de estudio se utiliza una perfusión de 3 ampollas de nolotil + 1 ampolla de dolantina I.V. diluido en S.F de 500 ml a pasar en 24 horas. Entre las actividades de enfermería, la valoración del dolor es necesaria incluyendo localización, intensidad, tipo y la repercusión que puede tener (Rojas et al., 2018). La valoración y control del dolor son muy importantes ya que, la experiencia dolorosa puede producir alteraciones emocionales y cognitivas (Vernaza et al., 2019).

### **6.1. Limitaciones**

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- Limitaciones de acceso a las informaciones bibliográfica principalmente acerca de los cuidados de enfermería en el Embarazo Ectópico. Durante la elaboración del presente trabajo se llega a la conclusión de que existe poca información acerca del manejo de estas situaciones por parte del equipo enfermero, en cambio, es posible encontrar bastante información acerca de los tipos, manifestaciones clínicas, factores de riesgo, distintos métodos diagnósticos y opciones de tratamiento.
- Otra limitación ha sido el hecho de formar parte del equipo como estudiante y no como enfermera. Desde el comienzo de la carrera nos muestran la importancia de tratar los aspectos psicológicos de las enfermedades y durante el periodo clínico se percata la falta de apoyo en la esfera psicológica y social.



## 7. CONCLUSIONES

1. En general, los cuidados de Enfermería en el Embarazo Ectópico se basan en: valoración integral de la persona, control de los síntomas, control de constantes vitales, vigilancia exhaustiva de la cantidad de sangrado, educación sanitaria a paciente y familiares, administración de la medicación y apoyo a nivel psicológico y emocional.
2. Los factores de riesgo del Embarazo Ectópico son muy variados. Los factores que más influyen son la edad, los antecedentes obstétricos, tratamientos de fertilidad y Embarazos Ectópicos previos. La triada clásica de los síntomas es la presentación más típica incluyendo sangrado vaginal, dolor hipogástrico y amenorrea. La complicación principal es la hemorragia masiva, considerada una emergencia obstétrica.
3. En concreto para el tratamiento del Embarazo Ectópico cornual, actualmente se prefiere el manejo con metotrexato con el fin de preservar la fertilidad en los casos que el manejo pueda ser exitoso.
4. El Embarazo Ectópico lleva un fuerte impacto psicológico asociado pues en la gran mayoría de los casos, termina con la muerte del embrión por lo que la madre pasará un duelo. Para evitar la aparición de ansiedad o depresión es fundamental un buen manejo de la situación y proporcionar la información suficiente a las mujeres.
5. La realización del proceso enfermero permitió identificar como diagnóstico principal “(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p expresa dolor”, asociado la complicación potencial principal “Hemorragia masiva”. Luego se seleccionaron como objetivos principales “ (2102) Nivel de dolor y (0413) Severidad de la pérdida de sangre” para los cuales se seleccionaron las intervenciones

consideradas más adecuadas para la ejecución con el objetivo de alcanzar las expectativas propuestas.

## 8. REFERENCIAS

- Addi, M., Artacho, J. S., & Navarro, J. (2011). Embarazo ectópico. *Apartado Postal, 595*.
- Altunaga, M., Rodríguez, Y., & Lugones, M. (2011). Manejo del embarazo ectópico. *Revista cubana de obstetricia y ginecología, 37(4), 513-523*.
- Alvarado, R. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta pediatr méx, 24 (5): 304-311*.
- Amado, M.R. & Cabello, R. (2017). Rotura de embarazo ectópico, manejo por la matrona. *Ciberrevista enfermería de urgencias.com, 58: 1-5*.
- Ambrosio, L., & Pumar-Méndez, M. J. (2013). Factores del entorno de trabajo que influyen en la ocurrencia de errores de administración de medicación. In *Anales del sistema sanitario de Navarra, 36(1): 77-85*.
- Assouni, Y.A. , Essiben, F., Foumane, P., Dohbit, J.S. & Mboudou, E.T. (2018). Risk factors for ectopic pregnancy in a population of Cameroonian women: A case-control study. *PLoS ONE 13(12): e0207699*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207699>
- Asturizaga, P., & Toledo Jaldin, L. (2014). Hemorragia obstétrica. *Revista Médica La Paz, 20(2), 57-68*.
- Balestena, J., Rodríguez, A. & Reguera, O. (2002). Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, 28 (3): 163-168*.
- Bertin, F., Montecinos, M., Torres, P. & Pinto, P. (2019). Embarazo Ectópico Cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia, 84(1)*.
- Betul, I. Cepni, I., Erenel, H. & Madazli, R. (2020). Conservative management of 11 weeks old cervical ectopic pregnancy with transvaginal ultrasound-

guided combined with methotrexate injection. Case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports* 67: 215-218.

Bueno, F., Sáez, C., Ocaranza, M., Conejeros, C., Vacarezza, I., Bórquez, P. & Soto, E. (2002). Tratamiento médico del embarazo ectópico. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 67(3):173-179.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier España.

Cabrera, I., Perales, I. & Romero, G. (2010). Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital base de los ángeles. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 75 (2):96-100.

Calderer, A., Obregón, N, Cobo, J.V. & Goberna, J. (2018). Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas. *Matronas Profesión*, 19 (3): 41-47.

Calvo, O., Vásquez, J. & Hernández, J. (2016). Histerectomía obstétrica en el hospital general Dr Aurelio Valdivieso: Revisión de tres años. *Ginecología Obstétrica Mexicana*, 84(2): 72-78.

Cancio, R. O., Seuc, J. L. F., Hernández, N. C. R., & Blanco, B. F. (2004). Embarazo Ectópico: factores relacionados y otras consideraciones. *Medicentro Electrónica*, 8(4).

Capmas, P., Bouyer, J. & Fernández, H. (2017). Embarazo Ectópico. *EMC- Tratado de Medicina*, 21 (3):1-5.

Carazo, B., Rojas, B., Sanz, A. & Garcés, M. (2012). Ruptura uterina de un embarazo ectópico cornual: una urgencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*, 80 (7):491-494.

Carmona, Z.E. & Branch, C.E. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, 2(2):14-23.

Chávez, J. H. (2019). Hemorragia obstétrica por embarazo ectópico Hospital Regional Moquegua 2018.

Cornejo, E. Pedraza, L.A., Lemionet, D., López, J.C. Figueroa, M.P. & Rodríguez, B. N. (2019). Embarazo Ectópico intersticial no roto: manejo

- conservador por vía laparoscópica. Reporte de caso y revisión bibliográfica. *Hosp Med Clin Manag*, 12:84-90.
- Dagar, M., Srivastava, M., Ganguli, I., Bhardwaj, P., Sharma, N. & Chawla, D. (2018). Interstitial and cornual ectopic pregnancy: Conservative surgical and medical management. *The journal of obstetrics and gynecology of India*, 68 (6): 471-476.
- Delgado, K.M., Delgadillo, M., Pardo, A. J., & Roque, E. (2012). Embarazo ectópico cornual: reporte de un caso. *Revista Científica Ciencia Médica*, 15(1), 33-36.
- De la Cruz (2018). Cuidados de enfermería a paciente con embarazo ectópico en el servicio de emergencia del hospital Rezola Cañete 2015-2017. *Universidad nacional del callao, Facultad de ciencias de la salud, Escuela profesional de Enfermería*.
- De la Galvez Murillo, A. (2009). Atención obstétrica y complicaciones del embarazo y parto en Bolivia. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 54, 100.
- De La Hoz, F. J. E., Chica, G. E. O., & Santiago, L. O. (2014). Embarazo ectópico cornual. Reporte de tres casos. *Archivos de Medicina (Col)*, 14(2), 297-303.
- Elson, C.J., Salim, R., Potdar, N., Chetty, M., Ross, J.A. & Kirk, E.J. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 21: 1-41.
- Escobar, B., Pérez, C., Martínez, H. (2017). Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *Rev Med INst Mex Seguro Soc* 55 (3): 278-285.
- Fernández, A. (2011). The ectopic pregnancy is increasing at world level. *Revista cubana de ginecología y obstetricia*, 37(1).
- Fernández, M., Cruz, F., Pérez, N. & Robles, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería* 21(1).
- Flores, C.C., Barboza, O., Vidal, O. & Morales, F. (2010). Embarazo Ectópico Molar Cornual. Caso clínico. *Rev Chil Ginecol*, 75 (2):133-136.

- Fram, K., Saleh, S., Fram, F., Fram, R., Rawahneh, H., Khrais, M. & Darwish, T. (2019). Setting priorities in the conventional approaches in managing ectopic pregnancy; is it time to reform? A teaching hospital experience. *Menopause Rev* 18 (4): 222-226.
- Frías, Z., Pantoja, M., Fernández, M., Vico, F.J. & Pantoja, F.J. (2019). Manejo de la gestación ectópica cervical. Tratamiento médico con pauta multidosis de metotrexato intramuscular; a propósito de un caso. *Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia*, 46 (2): 81-85.
- Fuentes Martínez, X. (2009). Síndrome Post- Aborto. Reacciones psicológicas. *Ars Médica* 38(1).
- Guadalupe, M., Iván, Á., Mascaró, Y. S., Mendoza, M., Walter, S., & Mere del Castillo, J. F. (2013). Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 59(3), 171-176.
- Guerrero, E., Rivas, R., & Martínez I. S. (2014). Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico. *Ginecología y Obstetricia de México*, 82(02), 83-92.
- Guevara López, V., Covarrubias Gómez, A. & Hernández Ortiz, A. (2005). Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo. *Cir ciruj* 73, 393-404.
- Hasani,S., Mighafouruand, M., Esmailpour,K. & Sehhatie, F. (2019). The effects of counseling based on health promotion awareness on mental health and self-esteem in woman with ectopic pregnancy: a randomized controlled clinical trial. *The Journal of Maternal- Fetal & Neonatal Medicine*, 19:1-8.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & North American Nursing Diagnosis Association. (2015). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier.
- Hernández, J., Valdés, M. & Torres, A.O.(2013). Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. *Medisur*, 11(6).

- Hu Liang, H., Sandoval Vargas, J., Hernández Sánchez, A. G., & Vargas Mora, J. (2019). Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 9(1), 28-36.
- Ibáñez, F., Soto del Pino, Y., Pérez, Y., & Portales, Y. (2017). Tratamiento con metotrexate para el embarazo ectópico cornual. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(3), 136-142.
- Izzedin Bouquet de Durán, R.(2012). Aborto espontáneo. *Liberabit*, 18(1).
- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2011). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Madrid: Elsevier.
- Jiménez,A., Rodríguez, G. & Dueñas, J.L. (2002). Tratamiento con metotrexato del embarazo ectópico no complicado. Experiencia de 10 años. *Progresos de obstetricia y ginecología*, 45 (2): 201-207.
- López, A.P. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 31(1).
- López, P., Bergal, G. & López, M. (2014). El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Semergen* 40 (4): 211-217.
- Martínez, R. A., Quintero, L., García, C. A., & de Castro, A. F. (2018). Embarazo ectópico cervical: diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. Reporte de caso. *Universitas Médica*, 59(1).
- Martos, I. M., Sánchez, M., & Guedes, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado= Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement. *Revista Española de Comunicación en Salud*,7(2): 300-309.
- Machado, M., González, J., Casal, M., & Mantilla, H. (2008). El embarazo ectópico como problema de salud. *Revista de la Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, 13(13):97-100.

- Marion, L. L., & Meeks, G. R. (2012). Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. *Clinical obstetrics and gynecology*, 55(2), 376-386.
- Martín de Vega, R.A., Boal, G. y Fernández, M. (2018) Embarazo Ectópico cornual. Caso clínico de ecografía de matrona. *Revista Matronas* 2(6):14-17.
- Matos, H. A., Rodríguez, O., Estrada, G., Martínez, M., Saap, A., Osorio, M., & Denis, E. (2018). Caracterización de embarazo Ectópico. *Revista Información Científica*, 97(6), 1100-1110.
- Mejía, J.H. (2018). *Beneficios del uso de metotrexato vs. del tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico no complicado en el instituto nacional materno perinatal durante los años 2014-2015*. (Tesis doctoral). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Mejías, C., García, S. & Duarte, L. (2014). Recomendaciones actuales en la atención inmediata a los progenitores que han sufrido una muerte perinatal para lograr un duelo sano. *Matronas hoy*, 2(1):36-9.
- Methotrexate [Spanish version]*. (2020). nup. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=SPA2011501873&lang=es&site=eds-live>
- Monzón, E.P., Tejada, G., Oliva, A.B. & Gutiérrez, N.(2020) Embarazo Cornual. Presentación de un caso inusual con dosis única de metotrexato. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66 (1):541-547.
- Moya, C., Pino, F. V., Borges , R., Aguiar, R., Olano, Y., Fuentes, E., & Luis, M. (2013). Comportamiento del embarazo ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 39(3), 236-248.
- Moya, C., Rodríguez, O. A., Rangel, I., Méndez, A., Arechavaleta, J. L., & Moya, N. (2019). Embarazo ectópico ovárico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(1), 96-105.

- Nieves, M.(2008) Uso de guantes en la flebotomía venosa y prevención de infecciones: una revisión narrativa.
- Pacheco, A. V., Fonseca, R. B., & Vázquez, R. S. (2017). Factores relacionados con el embarazo ectópico. *Multimed*, 21(2), 14-27.
- Páez, M.L. & Arteaga, L.F. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina*, 19 (1).
- Pantoja, M. Cabezas, M.N. & Tato, S. (2016). Protocolo de tratamiento multidosis con metotrexato a pacientes con embarazo ectópico cornual. *Ginecol Obstet Mex*, 84 (5):319-323.
- Pilgrim, J. (2019). Ectopic Pregnancy: Caring for the Patient with. *CINAHL Nursing Guide*.
- Puig, L. (2014). Metotrexato: novedades terapéuticas. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 105(6), 583-589.
- Ramírez, J. & Silva, R.N. (2019). *Caracterización del manejo actual del embarazo ectópico* (Tesis pregrado). Facultad de ciencias médicas Artemisa.
- Ricci,P., Troncoso, J.L., Avilés, G. & Avilés, R. (2013). Embarazo cornual: tratamiento con dosis única de metotrexato. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*,78(2), 129-133.
- Rivero, M. (2020). El Protocolo o Proyecto de investigación.
- Rodríguez, P. & Sisalima, G. (2019). Prevalencia y factores predisponentes para la aparición de embarazo ectópico. *Universidad Estatal de Milagro Facultad de Ciencias de la Salud*.
- Rodríguez, Y. & Altunaga, M. (2010). Factores epidemiológicos del embarazo ectópico.*Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 36(1).
- Ruiz C. Grupo iltalfarmaco. Cosas que no sabías sobre el embarazo ectópico. Curiosidades de las gestaciones mal implantadas (2018). [ Consultado el 3 enero 2020] Recuperado de <https://www.natalben.com/cosas-que-no-sabias-sobre-el-embarazo-ecto-pico>.

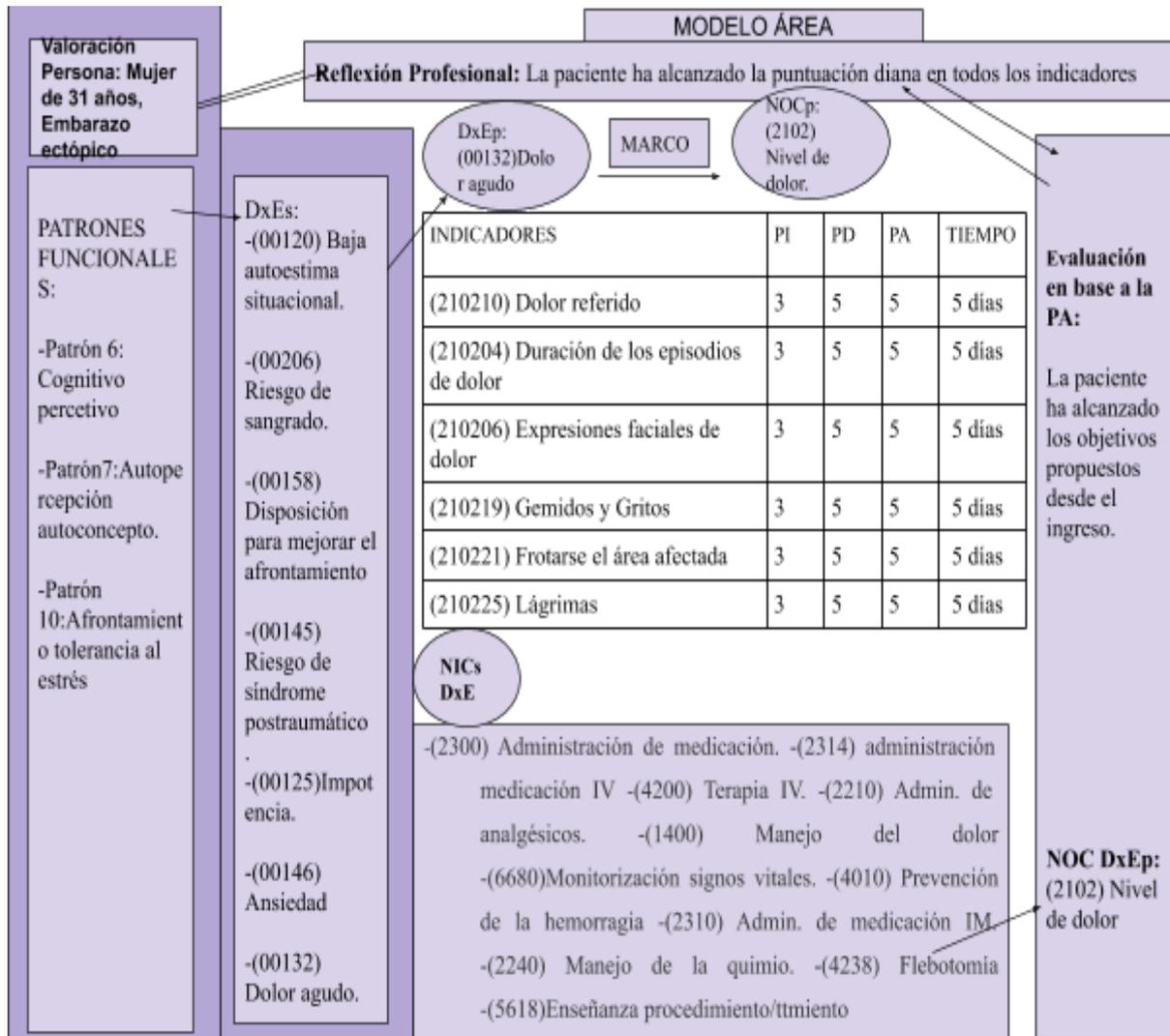
- Rojas, A., Barreto, K., Hernández, G. & Osorio, B. (2018). Conocimientos de enfermería: manejo del dolor. *Revista Científica "Conecta Libertad" ISSN 2661-6904*, 2(2), 26-35.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2007). Embarazo ectópico. Tratamiento laparoscópico, 50 (5):323-333. Recuperado de : <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-13101668>. DOI: 10.1016/S0304-5013(07)73193-X .
- Sierra, J.C., Ortega, V. & Zubeidat, I.( 2003). Ansiedad, angustia y estrés: tre conceptos a diferenciar. *Mal-estar E subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Silva, L. D., & Tinoco, F. O. (2007). Recomendaciones para el empleo de solución salina 0, 9% en catéteres venosos periféricos. *Enfermería Global*, 6(2).
- Si, M., Gui, S., Fan, Q., Han, H., Zhao, Q. & Li,Z. (2016) Role of MRI in the early diagnosis of tubal ectopic pregnancy. *European Society of Radiology* 26:1971-1980.
- Silva, M.C., Errázuriz, J., Urzúa, M.J., Sumar, F., Troncoso, F., Rondini, C. & Inzunza, A. (2014). Pronóstico reproductivo posterior a un embarazo ectópico según modalidad de tratamiento. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79(4):262-268.
- Taran, F., Kagan, O., Hübner, M., Wallwiener, D. & Brucker, S.(2015) The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112:693-704.
- Tian, N., Yu, J., Zhang,S., Ma,W., Wang, T. & Wang, Y. (2018) Effects of methotrexate on the quality of oocyte maturation in vitro. *European Biophysical Societies Association*, 47: 249-260.
- Troncoso, R., Cardone, P., & Rondini, F. D. (2005). Embarazo ectópico cervical: diagnóstico y tratamiento conservador con cerclaje cervical. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70(4), 257-260.

- Vargas, J., & Rojas, M. F. (2019). *Complicaciones del embarazo ectópico tubárico en mujeres de 20 a 29 años en Hospital General Guasmo* (Tesis de pregrado), Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina.
- Valladares, B. L., Castillo, J., Valladares, M. J., Medina, D., Solórzano, S., & Pérez, Ó. (2016). Embarazo cervical: Reporte de caso revisión bibliográfica. *Archivos de medicina*, 12(3), 20.
- Vicente, M., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, M. & Capdevila, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la sociedad Española del Dolor*, 25 (4): 228-236.
- Vernaza, P., Posadas, L. & Acosta, C. (2019). Dolor y emoción, una reflexión para el profesional en ciencias de la salud. *Duazary*, 16(1), 145 - 155. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2639>
- Velázquez, S. R., Corrales, M., & Macias, M. M. (2011). Embarazo ectópico cornual en el tercer trimestre. *Medisan*, 15(5), 692-697.
- Zaragoza, J. Z., Salas, M. L., Landa, C. B., Cortés, S. D., Ruiz, M. H., & de la Paz, K. P. (2009). Embarazo ectópico cornual, reporte de un caso y revisión de literatura. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 52(4), 182-184.
- Zarama, F., Buitrón, R., Córdoba, E., Cortés, L. & Zarama, M.A. (2019) Embarazo Ectópico cornual. Tratamiento combinado con metotrexato e histerectomía y evacuación por laparoscopia. Reporte de un caso. *Ginecología y Obstetricia de México*, 87(10): 676-679.



## 9. ANEXOS

**Anexo 1: Modelo Área del Proceso de Atención de Enfermería**



## Anexo 2: Consentimiento informado para tratamiento médico del Embarazo Ectópico

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA CONDUCTA EXPECTANTE Y TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO**

Nº Historia: .....

Doña: ..... de ..... años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

Don/Doña: ..... de ..... años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

En calidad de ..... de Doña: .....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO**

Que el DOCTOR/A .....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que según los datos clínicos, ecográficos y analíticos se ha llegado a la conclusión de que padezco un embarazo ectópico. Dicho proceso consiste en la implantación de un embarazo fuera de su lugar natural, que es el útero (el lugar más frecuente de implantación ectópica son las trompas de Falopio, pero también puede ocurrir en el ovario, cuello y/o cuerno uterino y abdomen).

Esta situación puede comprometer mi salud y se plantean diferentes alternativas:

1. **Conducta expectante (no intervención):** se realiza, sobre todo, en aquellos casos donde no se puede identificar la localización del embarazo (por ecografía) y la medición de la hormona del embarazo (beta-HCG) es baja y progresivamente decreciente (supone la extracción periódica de sangre para su análisis).
2. **Tratamiento médico con methotrexate:** consiste en la utilización de un fármaco denominado methotrexate que impide la proliferación de las células del embarazo. Se puede inyectar localmente (en la trompa enferma, puncionándola con control ecográfico, a través de la vagina) y de forma sistémica (inyección intramuscular). La pauta puede ser en una sola dosis o en dosis repetidas. Supone el seguimiento en días posteriores de la hormona del embarazo (beta HCG) en sangre materna, hasta objetivar su negativización (éxito del tratamiento).
3. En algunos casos, si la beta-HCG no disminuye o aumenta se requieren nuevas dosis, o cirugía, ante una mala evolución (fracaso del tratamiento médico). Se estima que el éxito del tratamiento ronda el 75-90%, si se cumplen unos criterios de selección de pacientes candidatas a su uso (criterios clínicos, ecográficos y analíticos) y se evita su utilización en pacientes con contraindicaciones (inestabilidad hemodinámica, insuficiencia hepática...).
4. **Los riesgos** a las dosis utilizadas de methotrexate son muy bajos (inflamación de mucosas, náuseas, vómitos, bajada de glóbulos blancos, pérdida de cabello...)
5. Su uso supone la conservación de la trompa afectada, con un riesgo aproximado de repetir el embarazo ectópico del 15%. Es muy útil su empleo en aquellos casos de embarazos ectópicos cervicales y comuales (en el cuello o en un cuerno del útero) para evitar cirugías agresivas.
6. **Por mi situación actual,** el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

En mi caso el tratamiento elegido ha sido .....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

10  
0.90  
5.7  
7.0

Y en tales condiciones

### CONSENTIO

Que se me realice el tratamiento propuesto

En .....  
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

### REVOCACIÓN

DÑA: ..... DE ..... AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN ..... y DNI N° .....

DON/DÑA: ..... DE ..... AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN ..... y DNI N° .....

EN CALIDAD DE .....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DE DÑA .....  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ..... y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

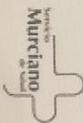
En .....  
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

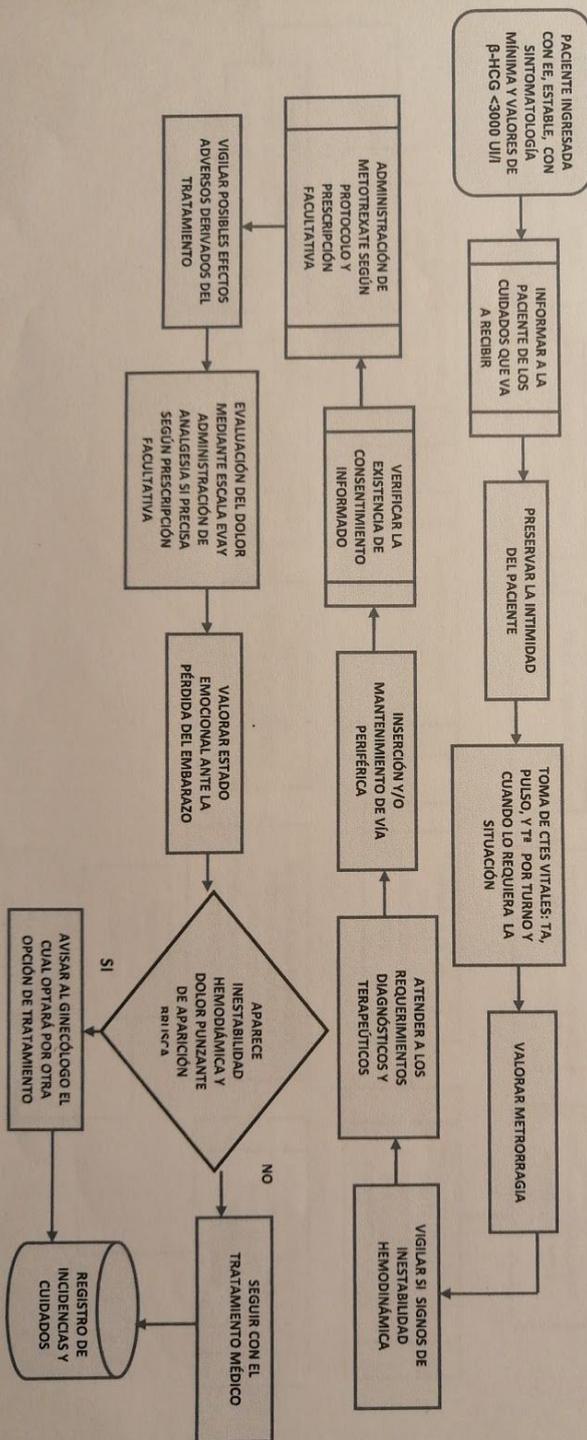
**Anexo 3: Protocolo de tratamiento médico en Embarazo Ectópico.**

			
Código	02.06		
EDICIÓN	01	FECHA	Noviembre 2016
REVISIÓN		FECHA	Noviembre 2020

PROTOCOLO CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO ECTÓPICO (EE)

**13.4. ALGORITMOS**

**13.4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TRATAMIENTO MÉDICO**



Dirección de Enfermería  
Área de Calidad

