

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA CAÑETE,
2015 – 2017”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIA Y DESASTRES**

SINDY GISELLA DE LA CRUZ MANSILLA

**Callao, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sindy', is written in a cursive style.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESORA: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 051

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 09/02/2018

Resolución de Decanato N°439-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. SINDY GISELLA DE LA CRUZ MANSILLA

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es definido como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina, siendo más frecuente en la región ampular de las trompas de Falopio.

La incidencia de esta patología ha aumentado en el mundo. Actualmente se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos. Este incremento ha sido observado en países en desarrollo como el nuestro. Se ha descrito como factores independientes que incrementan el riesgo de embarazo ectópico a la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), el embarazo tubárico previo, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y la cirugía tubárica previa. (1)

El diagnóstico de EE no siempre es fácil por el amplio espectro de presentaciones clínicas, desde casos asintomáticos hasta abdomen agudo con shock hemodinámico. Una de las presentaciones más frecuentes incluye uno o todos los elementos de la triada clásica: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal. Desde hace aproximadamente tres lustros, se hace uso de exámenes auxiliares que ayudan a precisar el diagnóstico de EE, tales como subunidad β de gonadotropina coriónica humana (β -hCG) y ultrasonografía transvaginal (USTV). (2)

El EE puede ser manejado de manera expectante, médica o quirúrgica, siendo esta última muchas veces la más frecuente debido a la complejidad y gravedad del cuadro. En los últimos años se está optando por salvar tanto la vida de la paciente como preservar su fertilidad posterior, sobretodo en casos de mujeres nulíparas. Por ello es importante

actualizar los cuidados de enfermería con base científica para revertir la mortalidad materna.(1)

El objetivo de este estudio es describir la experiencia profesional en el cuidado de enfermería en pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Rezola de Cañete en el periodo 2015 al 2017.

Debido a la relevancia que tienen los cuidados de enfermería, el presente informe titulado "Cuidado de Enfermería en Pancreatitis en Pacientes Adultos del Servicio de Emergencia del Hospital Rezola-Cañete", Tiene por objetivo describir la experiencia profesional en el cuidado de enfermería en pacientes adultos con diagnóstico de Pancreatitis que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Rezola de Cañete 2017. El mismo que consta de siete capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación. El capítulo II incluye los antecedentes, marco conceptual y la definición de términos. EL capítulo III describe la presentación de la experiencia profesional, Capítulo IV los resultados. Capítulo V enuncia las conclusiones, capítulo VI Las recomendaciones y el capítulo VII referencias bibliográficas, finalmente los anexos.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El embarazo ectópico (EE) consiste en la implantación de un óvulo fecundado fuera de la capa endometrial del útero. Casi todos los embarazos ectópicos ocurren en la trompa de Falopio (98%), pero otras localizaciones son la cervical, intersticial o cornual uterinas, cicatriz de histerotomía, ovárica o abdominal. Además, en casos raros, una gestación múltiple puede ser heterotópica (incluye simultáneamente un embarazo uterino y uno extrauterino). (3)

Evelio Cabezas Cruz (2015) en su estudio manifiesta que A escala mundial se ha producido un incremento en la incidencia del embarazo ectópico, en Estados Unidos de Norteamérica su ocurrencia ha incrementado cinco veces en 20 años, las tasas más altas se produjeron en mujeres de 35 a 44 años de edad (20,8 %). El riesgo se aumenta con la edad. (4)

En América Latina el embarazo ectópico continua aportando casos que aumentan las cifras de muerte materna, se reporta que en el período comprendido entre los años 2004 y 2009 del total de muertes maternas, el 33% fue por hemorragia y el primer lugar lo

1.3 JUSTIFICACIÓN

Este estudio proporcionará información relacionado a los cuidados de enfermería que se brinda a las pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Rezola de Cañete 2017, con el propósito de contribuir a disminuir las complicaciones propias de la enfermedad. Así mismo se justifica:

- ✓ **Nivel Teórico:** El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos relacionados al cuidado de enfermería, utilizando el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, en el Servicio de Emergencia.
- ✓ **Nivel Metodológico:** El presente informe es importante a nivel metodológico ya que lograra precisar el proceso de los cuidados de enfermería en el paciente con diagnóstico de Embarazo ectópico que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Rezola de Cañete 2017.
- ✓ **Nivel Social:** A nivel social este informe beneficiará a los pacientes con diagnóstico de Embarazo ectópico que son atendidas en el servicio de Emergencia en el Hospital Rezola, Así mismo los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor de enfermería y brindar una buena atención a estos pacientes; a fin de evitar complicaciones y facilitar una pronta recuperación.

- ✓ **Nivel Práctico:** Permitirá aumentar la experticia al personal de enfermería en los tres niveles de atención a nivel hospitalario, para una adecuada intervención en los mismos. A fin de cambiar actitudes, durante la toma de decisiones, al cambio, a la mejora de la práctica profesional al brindar nuestros servicios, a la eficacia, a la satisfacción del usuario interno y externo.
- ✓ **Nivel Económico:** Las pacientes con Embarazo ectópico son un gran problema para la salud pública como para la familia por la morbilidad y mortalidad que suponen, por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan y por ende el aumento de estancias y costos hospitalarios.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 A nivel Internacional

- ORELLANA RODRÍGUEZ, J. **“Embarazo Ectópico Complicaciones y Factores de Riesgo Estudio a Realizar en Pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de Procel”**. 2016. El embarazo ectópico es un diagnóstico de alto riesgo el medico necesita tener una alto índice de sospecha, y comprender que la historia clínica, el examen físico y una toma única cuantitativa de GCh- β no descartan un embarazo ectópico. La mayoría de las pacientes embarazadas que se presentan en la sala de urgencia durante el primer trimestre del embarazo, con dolor abdominal o pélvico, independientemente de la presencia de sangrado vaginal deben ser evaluadas por ultrasonografía. Los hallazgos del USG en conjunto con los niveles de GCh- β guían en el manejo de la paciente. El embarazo ectópico debe de ser uno de los primeros pensamientos a tener en cuenta del médico de urgencias, cuando evalúa a una mujer en edad reproductiva, que se presenta en la sala de Urgencias con dolor abdominal o sangrado vaginal. No obstante a pesar del

descenso del 90% en la mortalidad del embarazo ectópico durante este periodo, el embarazo ectópico es todavía la causa más frecuente de muerte relacionada con el embarazo en el primer trimestre de embarazo informándose un 9% al 13% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. A pesar del incremento en la frecuencia y el incremento en los métodos de detección, el embarazo ectópico es mal diagnosticado en más del 40% de los pacientes que visitan por primera vez la sala de urgencias. Finalmente el fallo en el diagnóstico de embarazo ectópico es una de la causas principales de riesgo de mala práctica en la medicina de urgencias. La revisión es seguida de una discusión de un abordaje al paciente que se presenta al departamento de urgencias con sospecha de embarazo ectópico (10)

2.1.2 A nivel Internacional

- **MERCADO MEDRANO, W. “Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP” 2014.** Con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de caso y control, se revisaron 40 historias

clínicas de pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal. Se encontraron factores de riesgo significativos en función de su intervalo de confianza: tabaquismo (OR:4.2, 95% IC:1.59–11.09); antecedente de embarazo ectópico (OR:14.7, 95% IC:1.80–121.13); aborto espontaneo (OR:4.3, 95% IC:1.69 – 11.06); cirugía abdomino-pélvica (OR: 11, 95% IC:3.29–36.75); ITS (OR: 2.5, 95% IC:1.01–6.19); y no significativos: multiparidad, uso de DIU, anticoncepción previa y más de una pareja sexual. En las conclusiones: Las pacientes con antecedente de tabaquismo, ITS, cirugía abomino pélvica, embarazo ectópico, aborto espontaneo, presentan un riesgo elevado de presentar embarazo ectópico; y aquellas con antecedente de uso de DIU y más de una pareja sexual, tienen un riesgo moderado. (8)

- DURÁN ACERO, D.; MORENO MORENO, D. **“Factores de Riesgo Asociados a Embarazo Ectópico”** 2014. Se pretende evaluar la asociación de los factores de riesgo en una institución de cuarto nivel. Metodología: Se realizó un estudio de casos y controles, con un caso por cada dos controles, escogidos por medio de un muestreo aleatorio simple. Resultados: Se incluyó un total de 200 pacientes. Ambas poblaciones fueron comparables. La edad promedio

de casos fue 29 años y de los controles 24.6 años; la mayoría estaban casadas o en unión libre. Con respecto a los factores de riesgo con resultados estadísticamente significativos ($p < 0,000$) se encontró que existe un mayor riesgo de embarazo ectópico con edad entre 18-35 años, estrato socioeconómico bajo, presencia de ETS, estar casada, tener periodo intergenésico prolongado, haber tenido cirugías pélvicas previas, no usar anticonceptivos, tener endometriosis y tener antecedente de embarazo ectópico ($p = 0,000$). El factor de riesgo más alto es el antecedente de un embarazo ectópico previo OR 66.2 IC95% 60.4 – 72.0 seguido de tener endometriosis con OR 20.2 IC95% 18.6 – 21.9. ($p < 0,000$). Discusión: Los factores de riesgo para embarazo ectópico en el presente estudio son concordantes con otros descritos en la literatura. Es importante conocer a fondo los datos presentados para mejorar los índices de esta patología a nivel nacional. (9)

- COLOMA QUISPE, C. **“Factores de Riesgo Asociados y Características Clínicas del Embarazo Ectópico en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna”** 2013. Con el objetivo de establecer los factores de riesgo asociados y las características clínicas del embarazo ectópico. Es un estudio

retrospectivo; casos y controles. Se comparó mujeres con embarazo ectópico (casos) con mujeres puérperas del mismo lapso (controles). Resultados: La incidencia de embarazo ectópico fue de 3,5 por mil embarazos. Las variables que incrementan significativamente el riesgo fueron: La edad entre 31-40 años (OR=2,58), multigestas (OR=3,05), aborto (OR=4,2), inicio de relación sexual antes de los 15 años (OR=3,15), enfermedad pélvica inflamatoria(OR=11,17), cirugía ginecológica (OR=8,71), sin método anticonceptivo (OR=4,44). El síntoma clínico más frecuente fue el dolor (98,9%), seguido de ginecorragia (67,8%). Conclusiones: Los factores de riesgo de embarazo ectópico identificados podrán ser usados para prevenir casos posteriores de esta enfermedad y para identificar a aquellas pacientes con mayor riesgo de padecerla. (11)

- ILLANES BACA, R.; SALIZAR CONTO, G. **“Características Clínicas del Embarazo Ectópico en Pacientes del Hospital Antonio Lorena Cusco”** 2015.
- Objetivo: Determinar las Características Clínicas del Embarazo Ectópico en pacientes del Hospital Antonio Lorena Cusco 2015. Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, de diseño no experimental, de

corte transversal. Resultados: Las características demográficas son: edad entre 20 a 34 años 71%, grado o nivel de instrucción secundaria 57%, convivientes 62% con trabajo independiente 55%. Las características obstétricas son: antecedente en el uso de anticoncepción oral de emergencia, legrado uterino o aspiración manual endouterina. Las características clínicas son: edad gestacional entre 8 a 10 semanas 34%, embarazo ectópico tubárico 92% con localización en la ampolla izquierda 51%, los signos y síntomas son dolor pélvico 72%, metrorragia 87%, el tratamiento 100% quirúrgico, las complicaciones son anemia 40%, no hubo ningún caso de mortalidad materna; la estancia hospitalaria es de 3 a 5 días 71% la condición final es como curada 95%, el método de planificación elegido fue inyectable mensual 30%. (12)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 PACIENTE POLITRAUMATIZADO

a) Definición

La gestación ectópica, esto es, la implantación y desarrollo del blastocisto fuera del endometrio que reviste la cavidad uterina, habitualmente de localización tubular, ha sido hasta hace no

mucho tiempo (poco más de un siglo), una entidad conocida pero de pronóstico fatal, a no ser que tuviese una resolución espontánea, al requerir en caso contrario cirugía abdominal. Debemos recordar aquí que la gestación ectópica concluye en ocasiones con una rotura de la trompa que lo aloja, resultando una fuerte hemorragia que puede conducir al shock y a la muerte. (11)

El Embarazo Ectópico (E.E.) se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Se da exclusivamente en la especie humana y en los primates de experimentación. Representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna, en el primer trimestre del embarazo (13)

b) Localización

La localización más frecuente de un embarazo ectópico es en la trompa de Falopio. Otras localizaciones menos habituales son el abdomen, el ovario, el cérvix y la porción intersticial de la trompa de Falopio. En un estudio, más del 95% se produjo en la trompa, con la siguiente distribución: ampolla (70%), istmo (12%), fimbrias (11,1%) e intersticio/cuerno (2,4%). Las siguientes localizaciones de embarazo ectópico fueron el ovario (3,2%),

abdominal (1,3%) y cervical (< 1%). La identificación de la localización de un ectópico es importante para el tratamiento, pero puede ser difícil. La ecografía sigue siendo el mejor método para diagnosticar la localización. Ésta puede modificar el planteamiento terapéutico y el posterior seguimiento. Dependiendo de la localización, puede requerirse una combinación de tratamiento médico y quirúrgico (11)

c) Fisiopatología

El trofoblasto del EE, es similar al del embarazo normal y secreta hormona gonadotropina coriónica (HGC), con mantenimiento del cuerpo lúteo del embarazo que produce estrógenos y progesterona suficientes para inducir los cambios maternos de la primera fase del embarazo. Esto permite que en las primeras semanas la evolución sea tranquila, pues "la fecundación nada tiene de anormal, lo patológico está en la implantación del huevo en un sitio impropio", pero muy pronto, ante una la barrera decidual escasa y el poder erosivo del trofoblasto, el huevo está "condenado" a perecer.

Los sitios de implantación anormales pueden ser extrauterinos (ovario, trompas uterinas, órganos de la cavidad abdominal, peritoneo) o intrauterinos pero a nivel del cuello uterino y/o de la porción intersticial de la trompa (en el cuerno uterino). Debido a esto, Barnes propone el término de embarazo "ectópico", en

lugar de embarazo "extrauterino", pues resulta ventajoso al comprender todas las implantaciones del huevo en sitios anormales.(14)

Una vez implantado el huevo en la trompa, las vellosidades invaden rápidamente el endosalpinx, alcanzando la pared tubárica y el peritoneo. Esta penetración va acompañada de una proliferación vascular y de un hematoma peritubárico o hematosalpinx, que a menudo afecta la trompa contralateral, y que se propaga hacia el extremo distal de la trompa, entre la pared y la serosa. A partir de aquí, puede evolucionar hacia él:

- Aborto Tubárico: El huevo carece de vellosidades suficientes y está implantado en el segmento distal de la trompa. Se atrofia y se desprende, y es expulsado por el orificio peritoneal de la trompa. Esta expulsión suele ir acompañada de hemorragia moderada, que ocupa el fondo de saco de Douglas formando hematocele. En raras ocasiones puede convertirse secundariamente, en embarazo abdominal. El aborto tubárico se da con más frecuencia en la implantación ampular y fimbriada de la trompa.
- Rotura Tubárica: Las vellosidades son suficientes y enérgicas, pero el aumento de la presión intratubárica

llega a dificultar el riego sanguíneo de la trompa, lo que produce necrosis tisular que conduce a la ruptura por corrosión vascular (no por estallido). Esta rotura suele acompañarse de hemorragia intensa, que da lugar al hemoperitoneo y al shock hipovolémico, ya que suele afectar la anastomosis de las arterias tubáricas con la uterina ascendente. La rotura tubárica se da con más frecuencia en la implantación ístmica e intersticial de la trompa. La metrorragia se manifiesta generalmente antes de la rotura, debido a la insuficiencia placentaria (esteroidogénesis reducida), que precede las manifestaciones clínicas. Es generalmente escasa y se acompaña a menudo de una proliferación endometrial atípica, denominada Reacción Arias Stella, constituida por una decidua que carece de vellosidades. En ocasiones (5-10% de casos) esta decidua es expulsada "en molde", lo que simula la expulsión de restos abortivos.

- Ectópico Viable: Lo habitual del embarazo ectópico es que progrese hasta el segundo o tercer mes, momento en que se interrumpe, y rara vez llega a ser viable. Sin embargo, el embarazo abdominal ha dado lugar ocasionalmente a fetos vivos, con tasas de morbilidad y mortalidad materna y fetal altas. (13)

d) Etiología

Está determinada por todos aquellos factores que impiden o dificultan la migración normal del huevo hacia la cavidad uterina.

Se pueden distinguir entre:

Factores Tubulares: pueden ser debidos

- Enfermedad inflamatoria pélvica (E.I.P.), y dentro de ella la causada por la salpingitis gonocócica y la TBC genital (asintomáticas en el 80-90% de casos), y las salpingitis postabortivas. Deterioran la actividad ciliar y la motilidad tubárica, y generan adherencias en la mucosa tubárica que conducen a la estenosis.
- Cirugía tubárica contra la infertilidad y cirugía conservadora de ectópico previo.
- Cirugía tubárica para la esterilidad permanente, sobre todo si es por electrocoagulación.
- Endometriosis Tubárica: favorece la nidación precoz.
- Anomalías congénitas: hipoplasias (observada en la exposición intraútero al dietilestilbestrol) o trompas excesivamente largas y tortuosas.

- Alteraciones funcionales del peristaltismo tubárico o de la actividad ciliar, debidas tanto a la hipocontractibilidad como al espasmo tubárico.

Factores Ovulares: aquellos que conducen a la:

- Nidación precoz del huevo, bien sea debido a huevos excesivamente pesados que maduran con rapidez y no pueden progresar, o al desprendimiento precoz de la capa pelúcida del huevo capacitando la implantación.
- Transmigración: se ha sugerido la posibilidad de la Hpermigración del huevo y su implantación en la trompa contralateral. En el 20% de los casos el cuerpo lúteo se encuentra en el ovario contralateral al de la implantación. Dicha Hpermigración puede ser: > Hpermigración externa: cuando la trompa homolateral está ocluida. > Hpermigración interna: cuando el óvulo captado, es fecundado, alcanza la cavidad uterina y progresa hacia la trompa contralateral donde se implanta.
- Técnicas de Reproducción Asistida (TRA): de todos los embarazos clínicos resultantes de las TRA, el 5 = 5,7% fueron ectópicos y el 1% fueron embarazos heterotópicos (coexistencia simultánea de un embarazo ectópico y otro eutópico), debido a la hiperestimulación ovárica y a las

implantaciones múltiples resultantes de la transferencia de varios embriones. Estas tasas incluyen todas las formas de TRA: fecundación in vitro (FIV), transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT) y transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT).

Algunos autores afirman que la implantación ectópica está estrechamente ligada a la insuficiencia del cuerpo lúteo, y que esta insuficiencia es un factor patogénico común a muchas anomalías de la reproducción, entre ellas algunas cromosomopatías y abortos. La ovulación retrasada como causa de una hipermadurez preovulatoria se considera común denominador en la etiología de estas entidades. Según estas observaciones, se establecen dos modalidades etiopatológicas del embarazo ectópico: Ectópico enfermedad y Ectópico accidente (13)

e) Factores de Riesgo

Los factores de riesgo para el embarazo ectópico se asocian fuertemente con las enfermedades que ocasionan alteraciones en el mecanismo normal de transporte de la trompa de Falopio. Se postula que cuanto más lesión exista en la trompa, mayor es el riesgo de desarrollar un embarazo ectópico.

- Infección genital previa: según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (American College of Obstetric and Gynaecology) (1998) las enfermedades inflamatorias pélvicas previas, especialmente la causada por *Chlamydia trachomatis*, es el factor de riesgo más común.
- Cirugía tubaria previa.
- Ligadura previa de las trompas, este factor es muy importante, porque con frecuencia se supone por el médico que por esa razón no existiría un EE.
- Historia de embarazo ectópico anterior.
- Uso de dispositivos intrauterinos (DIU). Este aspecto es controversial, pues en algunos estudios realizados no se ha encontrado un riesgo incrementado de EE después de su utilización.
- Abortos provocados, sobre todo realizados con métodos inseguros.
- La píldora del día siguiente.
- La reproducción asistida, aunque es posible en un número de casos pudiera estar ligado al factor primario que determina la infertilidad.
- Salpingitis ístmica nudosa.
- Consumo de cigarrillos (20 o más por día)(4)

f) Cuadro clínico y diagnóstico

De acuerdo con la evolución, pueden presentarse cuatro cuadros clínicos:

✓ EMBARAZO ECTÓPICO NO ROTO O EN EVOLUCIÓN

Los hallazgos más comunes son:

- Dolor pélvico o abdominal.
- Amenorrea o modificaciones de la menstruación.
- Hemorragia del primer trimestre de la gestación.
- Masa pélvica.

El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico no roto se debe hacer con:

- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI); en este caso hay fiebre, dolor bilateral a la palpación de los anexos y antecedente de leucorrea o infección cervicovaginal. Los factores de riesgo asociados con EPI son: antecedente de EPI, infecciones de transmisión sexual, múltiples compañeros sexuales, menstruación u aborto inducido recientes, uso del DIU y trauma genital.
- Apendicitis: los hallazgos más comunes son dolor en fosa ilíaca derecha, fiebre y síntomas

gastrointestinales. En ambos casos el cuadro hemático orienta el diagnóstico hacia un proceso infeccioso con leucocitosis, neutrofilia y aumento de la velocidad de sedimentación globular.

- Otros diagnósticos que deben considerarse son: cuerpo lúteo persistente, ruptura del cuerpo lúteo, quiste ovárico funcional, volvulus de la trompa, litiasis o infección renal y amenaza de aborto.

En 50% de los casos se puede llegar a establecer un diagnóstico con base en los hallazgos clínicos; en los demás casos es necesario apoyarse en exámenes paraclínicos:

- Dosificación seriada de HCG.
- Ecografía transvaginal.
- Progesterona.
- -El curetaje uterino y la Laparoscopia.

✓ ABORTO TUBÁRICO

En éste caso ocurre sangrado hacia la cavidad peritoneal a través de la fimbria. El proceso de irritación peritoneal acentúa la sintomatología, el dolor se hace más intenso y generalmente obliga a la consulta de urgencia. A la exploración vaginal el cuello permanece cerrado y hay

dolor a la movilización; el útero se encuentra reblandecido; puede o no palparse masa anexial y hay dolor a la presión del fondo de saco posterior. El hemoperitoneo resultante puede producir abombamiento del saco de Douglas.

El estado hemodinámico de la paciente empieza a deteriorarse. Aparece palidez mucocutánea, hipotensión, hipotensión postural, taquicardia, lipotimias transitorias y el cuadro hemático muestra anemia. Requiere manejo intrahospitalario

✓ EMBARAZO ECTÓPICO ROTO

El aumento de volumen provoca la ruptura aguda de la trompa lo que ocasiona sangrado hacia la cavidad peritoneal. El cuadro clínico se caracteriza por dolor intenso en hipogastrio o en fosa ilíaca que se irradia al epigastrio y al hombro. Se instaura un cuadro de abdomen agudo acompañado de palidez mucocutánea, hipotensión, taquicardia, lipotimia y shock hipovolémico si la hemorragia es severa o no se detiene.

En la exploración vaginal ocurre dolor a la movilización del cuello, a la presión del fondo de saco posterior y a la palpación bimanual, especialmente del lado

correspondiente al ectópico. Puede o no identificarse engrosamiento o masa anexial. En el ultrasonido se encuentra líquido libre en cavidad (correspondiente al hemoperitoneo). El cuadro hemático muestra anemia. Requiere manejo intrahospitalario.

✓ EMBARAZO ECTÓPICO ROTO Y ORGANIZADO

Ocurre cuando después de la ruptura (o aborto) tubárico, cesa espontáneamente la hemorragia y quedan los productos de la concepción en la cavidad abdominal. Se presenta una historia de dolor hipogástrico difuso o localizado hacia una de las fosas ilíacas, amenorrea o irregularidades menstruales recientes, sangrado intermitente escaso y oscuro, acompañado de malestar general, palidez, lipotimia, tenesmo, escalofríos y en ocasiones febrículas. La paciente puede referir un episodio transitorio de dolor agudo de localización pélvica o en una fosa ilíaca.

Al examen clínico se encuentra palidez mucocutánea y signos tardíos de hemoperitoneo. En el examen ginecológico se encuentra en ocasiones sangrado escaso de color oscuro, dolor a la movilización del cuello, el útero se puede identificar de tamaño normal y puede palparse

dosis única es menos efectiva que la multidosis pero implica menores efectos secundarios, menores costos y mayor facilidad para la aplicación del medicamento. En caso de embarazo ectópico sin datos de perforación tubaria, el uso de una única dosis local de metotrexate por vía transvaginal y la salpingostomía lineal laparoscópica tienen tasas de éxito muy similares. Sin embargo en caso de que la comparación sea con metotrexate por vía intramuscular la salpingostomía tiene tasas significativamente mayores de éxito. El embarazo ectópico ovárico también puede ser tratado con metotrexate en inyección directa al saco ectópico. (7)

- Tratamiento Quirúrgico:

La laparotomía con salpingectomía ha ido quedando atrás en el tratamiento del embarazo ectópico para dar paso a la nueva terapia quirúrgica de elección: la salpingostomía laparoscópica. Es el tratamiento de elección en caso de no cumplir con los criterios para el tratamiento con metotrexate como lo son estabilidad hemodinámica, capacidad para cumplir con los requisitos de seguimiento, niveles séricos de β -hCG menores de 5000 UI/L y no evidencia ultrasonográfica de actividad cardíaca fetal. Hay casos extraños donde aún se acostumbra realizar salpingectomía

como lo es el embarazo ectópico bilateral. La laparoscopia tiene tasas de fertilidad a futuro similares al tratamiento médico. (7)

h) Complicaciones

La complicación más común es la ruptura con sangrado interno que lleva a que se presente shock, pero rara vez se presenta la muerte por esta causa (10).

i) Prevención

- Evitar los factores de riesgo para enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) como tener múltiples compañeros sexuales, tener relaciones sexuales sin condón y contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Diagnóstico y tratamiento oportunos de las enfermedades de transmisión sexual.
- Diagnóstico y tratamiento oportunos de salpingitis y de enfermedad inflamatoria pélvica. (15)

2.2.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PACIENTE CON EMBARAZO ECTÓPICO

La atención de enfermería a la paciente con embarazo ectópico en el servicio de emergencias está dado según priorización de necesidades:

- ✓ Diagnósticos de enfermería:
 - Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico.
 - Disminución del gasto cardiaco relacionado con disminución de la pre carga.
 - Riesgo de hemorragia relacionado con ruptura tubárica.
 - Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.
 - Ansiedad relacionada con estado de salud, ambiente hospitalario.
 - Intolerancia a la actividad física relacionado con estado de salud. (16)

- ✓ Intervención de enfermería:

La actuación de la enfermera en el equipo de salud debe ser complementaria con las demás especialidades que manejan al paciente con embarazo ectópico.

- Valoración permanente del estado de conciencia del paciente.
- Monitoria de los signos vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, temperatura corporal y tensión arterial.
- Control de la volemia mediante la administración de líquidos endovenosos y monitoria horaria de la eliminación urinaria.
- Administración de analgésicos para manejo del dolor y evaluación de la efectividad del mismo.
- Efectivizar exámenes auxiliares como: Laboratorio, ecografía.
- Preparar al paciente para sala de operaciones de ser necesario (pre- operatorio)
- Administración de antibióticos según la indicación médica, para disminuir el riesgo de infección.
- Administración de oxigenoterapia como apoyo oxigenatorio.
- Reposo en cama.
- Disminuir la ansiedad del paciente con expresiones de apoyo, amabilidad e información sobre su estado actual y los procedimientos que se han de realizar.
- Informar los cambios al médico tratante.

- Información a la familia sobre la situación del paciente (actividad conjunta entre médico y enfermera) y permitir el acompañamiento del paciente cuando sea pertinente. (17)

2.2.3 MODELO DE LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Para Virginia Henderson, La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. (18)

a) Metaparadigma

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes:

- Salud

- Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.
 - La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.
 - Requiere independencia e interdependencia.
 - La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
 - Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.
- El Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.

- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
 - Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.
- Persona
 - Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.
 - La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
 - La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
 - El paciente requiere ayuda para ser independiente.
 - El paciente y su familia conforman una unidad.
 - Enfermería

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría

sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible. (19, 20)

b) Postulados

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

- Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona

mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

- Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.
- Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.
- Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o

causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- **Fuerza:** Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- **Conocimientos:** los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- **Voluntad:** compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.

- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente. (21)

✓ **Valores**

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

✓ **Conceptos**

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

- **Objetivos:** Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.
- **Cliente/paciente:** Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:
 1. Respirar con normalidad.
 2. Comer y beber adecuadamente.

3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios , acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

- Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

- Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente: falta de fuerza, de voluntad y conocimientos.
- Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.
- Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera. (20)

c) Aplicación a la práctica

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisava ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica médica y reconoció su interpretación de la

función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias.

Sus contribuciones incluye la definición de enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta en relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia.

La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, sana o enferma o enferma, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible (19).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Dolor:** Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.
- **Hemorragia:** Es la salida de sangre desde el aparato circulatorio,

- **Hipovolemia:** Es una disminución del volumen circulante.

- **Oxigenoterapia:** Es una medida terapéutica que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en aire del ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia.

- **Embarazo:** El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

- **Embarazo Ectópico:** La gestación ectópica, esto es, la implantación y desarrollo del blastocisto fuera del endometrio que reviste la cavidad uterina, habitualmente de localización tubular, ha sido hasta hace no mucho tiempo (poco más de un siglo), una entidad conocida pero de pronóstico fatal, a no ser que tuviese una resolución espontánea, al requerir en caso contrario cirugía abdominal.

- **Implantación del embrión:** La implantación del embrión humano es el proceso por el que el embrión se ancla al endometrio. Es una

de las fases de la embriogénesis humana. La implantación comienza al final de la primera semana séptimo u octavo día después de la fecundación del óvulo por el espermatozoide y se extiende hasta el final de la segunda semana 14 días después de la fecundación.

- **Endometrio:** El endometrio (del latín científico endometrium, y este del griego endo y metra matriz) es la mucosa que recubre el interior del útero y consiste en un epitelio simple cilíndrico con o sin cilios, glándulas y un estroma. Es rico en tejido conjuntivo y está altamente vascularizado. Su función es la de alojar al cigoto o blastocisto después de la fecundación, permitiendo su implantación. Es el lugar donde se desarrolla la placenta y presenta alteraciones cíclicas en sus glándulas y vasos sanguíneos durante el ciclo menstrual en preparación para la implantación del embrión humano.
- **Trompa de Falopio:** Las trompas o tubas uterinas,¹ antes llamadas trompas de Falopio, por el anatomista Gabriel Falopio, quien las describió, salpinges uterinas u oviductos, son dos conductos musculares que conectan los ovarios y el útero o matriz. Sus funciones están relacionadas con la ovulación, con la fecundación y con el embarazo. En el ser humano se originan en

los espacios pelvi-viscerales para terminar en la celda genital, lugar donde se sitúa el útero.

- **Hormona gonadotropina coriónica humana:** La hormona gonadotropina coriónica (llamada también subunidad beta-hCG) es producida solo por las mujeres embarazadas desde que el embrión empieza a evolucionar alrededor del décimo día de embarazo. El análisis de sangre para identificar la presencia de esta hormona permite confirmar el diagnóstico de embarazo.
- **Dolor pélvico:** Con frecuencia, el dolor pélvico es un signo de que podría haber un problema con uno de los órganos en la zona pélvica. Este órgano podría ser un órgano reproductor, como el útero (también llamado vientre) u otros órganos como el intestino o la vejiga. El dolor también puede ser síntoma de una infección.
- **Sangrado vaginal:** El sangrado vaginal anormal es distinto del período menstrual. Puede ser sangrado entre períodos, es muy abundante o puede durar mucho más de lo normal.
- **Metotrexate:** El metotrexato es un fármaco que detiene el crecimiento de todas las células de rápida división celular. En el embarazo ectópico, el tratamiento con metotrexato detiene el crecimiento del óvulo antes de que ocurra la ruptura.

- **Salpingostomia:** Es la formación de una abertura artificial en una trompa de Falopio, para restablecer su permeabilidad tras la oclusión de su fimbria por infección o inflamación crónica, o bien para drenar un absceso o una acumulación de líquido
- **Salpingectomia:** La salpingectomía es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de las trompas de Falopio en la mujer, lo cual la deja en una situación de esterilidad. La salpingectomía puede ser unilateral, si solamente se quita una trompa, o bilateral, si ambas trompas son eliminadas. Las indicaciones para realizar una salpingectomía son diversas, al igual que las técnicas utilizadas en la cirugía.

CAPÍTULO III:

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicitó la autorización a las respectivas Jefaturas; Servicio de Emergencia y el Departamento de enfermería, oficina de estadística a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- **Recolección de Datos:** Libro de registro, Historia clínica, registros de enfermería
- **Procesamiento de Datos:** Se realizó a través del programa informático Excel, que facilitó el trabajo a través de las hojas de cálculo.
- **Resultados:** Los resultados se presentan a través de cuadros.
- **Análisis e interpretación de resultados**

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mi desempeño laboral se inicia con el SERUMS el cual lo realice en el P. S "La Florida" en la provincia de Cañete bajo la modalidad de equivalente, a la par trabajaba en un laboratorio,(2008 al 2009) luego me presente a una plaza en el P.S. "Herbay Bajo" donde permanecí 2 meses, para luego ser derivada por la coordinación a la micro red a la que pertenecía mi puesto de salud en el Distrito de San Vicente Provincia de Cañete Región Lima.(Febrero 2011 a Mayo 2013).

Mi experiencia profesional en el área de emergencia general inicia en el Hospital Rezola - Cañete, en Agosto del 2013 después de haber rotado algunos meses anteriores en otras áreas del hospital, me desempeñe en dicho servicio por las diferentes sub áreas como shock trauma, cirugía, medicina, pediatría Tópico y URO , rotando con diferentes colegas del servicio ya que no tenía una secuencia establecida, cosa que fue un punto a favor para Mí ya que observaba las diferentes formas de trabajar de los colegas lo que me ayudo a manejar mejor esa área y descubrir mi afinidad. Luego de 3 años de haber trabajado en emergencia general, se me propuso trabajar en el área de emergencias gineco obstétricas lo que significó un reto y acepte ya que en dicha área no trabajaban enfermeras desde hace 22 años atrás, la misma que me hizo optar

una constancia de felicitación por parte del colegio de enfermeras del Perú. Desde entonces trabajo en esa área hasta la actualidad.

a) Descripción del área laboral:

El Hospital Rezola de Cañete, brinda servicios de atención desde 14 de febrero de 1980, brindando desde entonces atención integral de salud, incidiendo en el área recuperativa especializada, a los habitantes de Cañete y Yauyos, en especial los de menores recursos. Buscando la satisfacción de los usuarios, la realización personal de sus trabajadores, el desarrollo científico y tecnológico de la Institución, siendo un hospital docente, contribuyendo a mejorar la situación de salud de su área de influencia .nivel II-2, es el hospital de referencia de la provincia de Cañete y Yauyos, sin población asignada, perteneciente a DIRESA Lima Provincias. Ubicado el distrito de San Vicente, Provincia de Cañete, Departamento de Lima.

El área del hospital Rezola de Cañete es de 25, 247.50 m². Esta construido con material noble la primera y segunda planta, también se han adaptado ambientes con material drywall, (utilizando áreas verdes) para ampliar los servicios de atención. Actualmente la infraestructura ha colapsado por lo que el gobierno regional se encuentra construyendo un nuevo hospital en el distrito de San Luis.

El servicio de emergencia se encuentra ubicado en el primer piso con puerta a la Calle es un servicio en el que se brinda prestaciones de salud las 24 horas del día al usuario externo en situación de urgencia y emergencia, que demanda atención inmediata, de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud según prioridad de atención. Es la unidad orgánica encargada de realizar tratamiento médico quirúrgico de emergencia y de cuidados críticos, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en grave riesgo o severamente alterada; durante las 24 horas del día. Depende de la Dirección Ejecutiva.

Recursos Humanos. El servicio de Emergencia cuenta con profesionales de la salud médicos y no médicos, Técnicos, entre nombrados y contratados según se detalla a continuación: Médicos 05, enfermeras 13, técnicos de enf 10. Así mismo cuenta con las siguientes áreas: Área administrativa: Sala de Espera, Star de Enfermería, Estacionamiento de ambulancias Área Asistencial, Atención al paciente, Triage, Unidad de Reanimación o Shock Trauma, Consultorio diferenciado por especialidades (Medicina, Cirugía y Pediatría.), Área de Inyectable y nebulizaciones, Sala de Observación diferenciado por grupo etáreo, Sala de rehidratación oral. Otras Áreas: Área

para stock de materiales e insumos, Deposito de ropa limpia, Depósito de ropa sucia, Cuarto de limpieza.

En el área de emergencias del hospital Rezola, así como en toda la institución la prestación de la atención es a todo paciente que ingrese con seguro o sin seguro de salud (SIS, Es salud, fuerzas armadas, común etc.).

- **Organización**

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA - HOSPITAL REZOLA CAÑETE

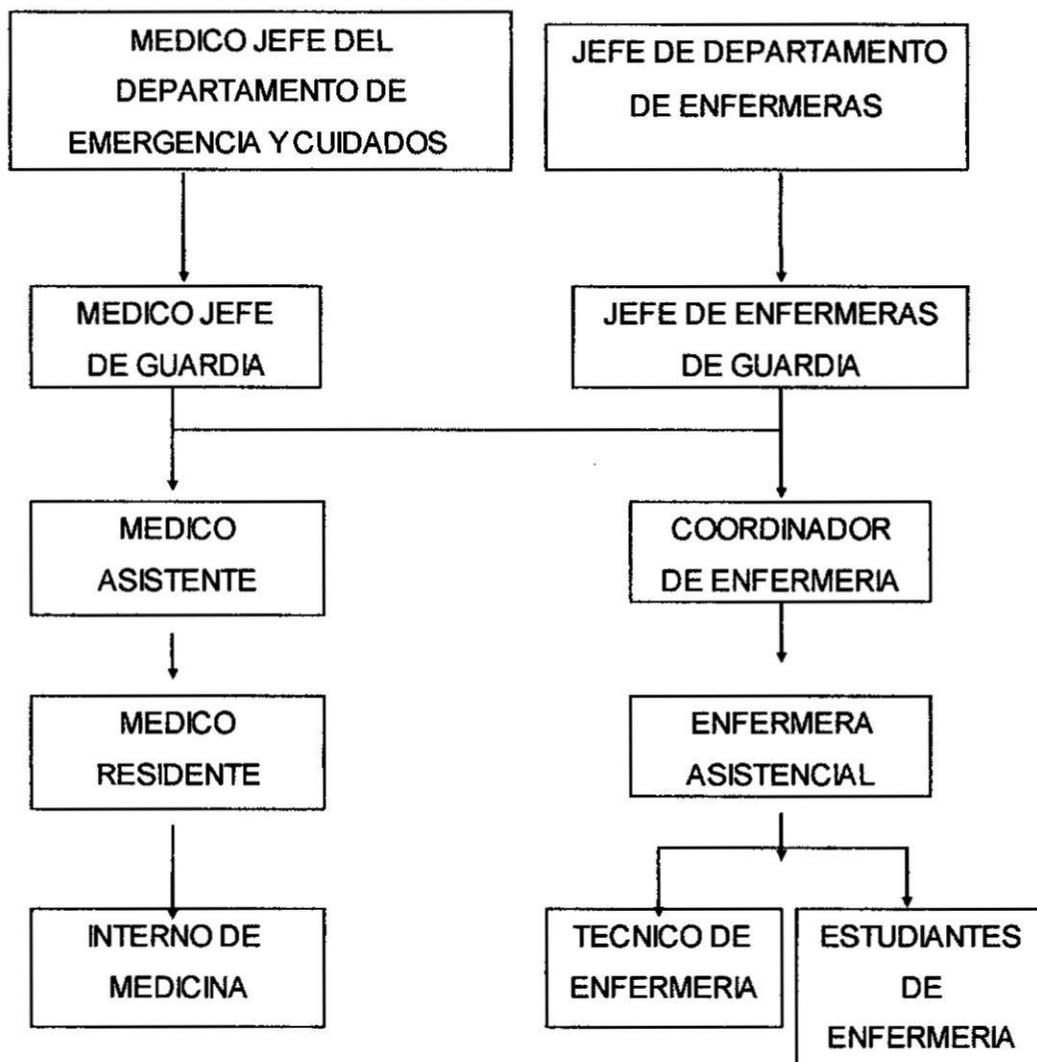
GRÁFICA N°01



Fuente: Oficina de Planeamiento Estratégico HRC

**ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
HOSPITAL REZOLA CAÑETE**

GRAFICA N°02



Fuente: Oficina de Planeamiento Estratégico HRC

- **Recursos Humanos**

10 médicos, 13 enfermeros y 10 técnicos de enfermería.

- **Infraestructura**

Se encuentra ubicado en el primer piso con puerta a la Calle y cuenta con las siguientes áreas:

✓ Área administrativa

- Sala de Espera
- Star de Enfermería
- Estacionamiento de ambulancias

✓ Área Asistencial

- Atención al paciente
- Triage
- Unidad de Reanimación o Shock Trauma
- Consultorio diferenciado por especialidades (Medicina, Cirugía, Pediatría. Gineco-obstetricia)
- Área de Inyectable y nebulizaciones
- Sala de Observación diferenciado por grupo etáreo
- Sala de rehidratación oral.

✓ Otras Áreas

- Área para stock de materiales e insumos
- Depósito de ropa limpia
- Depósito de ropa sucia
- Cuarto de limpieza

• **Funciones desarrolladas en la Actualidad**

Hacer un listado de las funciones realizadas actualmente, en relación al tema de su informe

✓ Área Asistencial

- Disponer las medidas necesarias para el buen cuidado de los pacientes en el servicio de Emergencia y supervisar su ejecución.
- Brindar atención integral de enfermería y realizar la referencia y contrareferencia cuando el caso lo requiera.
- Ejecutar las actividades de salud en Emergencia y realizar seguimiento de casos en riesgo.
- Controlar y registrar los controles vitales cuando ahí se requieren de acuerdo a estado del paciente.
- Brindar educación sanitaria al usuario, la familia y la comunidad de acuerdo a las necesidades identificadas.
- Brindar atención de enfermería en situaciones de emergencia y desastres.
- Cumplir con las guardias hospitalarias y realizar la atención domiciliaria según el usuario y la comunidad.

- Realizar el registro diario de las actividades de enfermería y realizar las anotaciones de enfermería de cada paciente.
 - Cumplir con las medidas de bioseguridad.
 - Participa en la vigilancia epidemiológica intra-hospitalaria.
 - Velar por el mantenimiento y la conservación del buen estado de los equipos y mobiliario del servicio y responder ante cualquier circunstancia de sustracción o pérdida de cualquier material u equipo.
 - Realizar la entrega de turno a la enfermera entrante con su respectiva entrega de cargo.
 - Realizar el traslado del paciente a hospitalización o sala de operaciones.
 - Colaborar con la conservación del buen estado de los equipos y enseres del servicio.
- ✓ Área Administrativa
- Supervisar las actividades del personal técnico de enfermería.
 - Participar en la elaboración de los documentos de gestión del servicio de Emergencia, como guías de procedimientos, guías de atención de enfermería.

- Participar en las reuniones programadas por el Departamento de Enfermería.
- ✓ Área Docencia
 - Participar en los programas de formación y capacitación programados por la Unidad de Docencia e Investigación.
 - Capacitación en servicio al personal técnico de enfermería a mi cargo.
- ✓ Área Investigación
 - Mantener un nivel óptimo de conocimientos de Enfermería, acorde con los avances científicos y tecnológicos en la salud.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

El presente informe profesional se realizó en el servicio de emergencia recabando datos de los diferentes registros que contamos en el servicio y casos clínicos

a) Presentación de Caso:

Situación Problemática: Paciente adolescente mujer, que es referida del Centro de salud Pacaran por presentar dolor tipo cólico desde hace más o menos 16 horas, ingresa en camilla a la sala de emergencia en compañía de personal técnico.

Paciente quejumbrosa refiere con voz baja y entrecortada "me duele el vientre" cogiéndose la parte baja del abdomen, para luego perder el conocimiento de forma temporal y luego referir al interrogatorio si está gestando?, "No, Yo no tengo pareja"

Al examen con Escala de coma de Glasgow 6-7 (M4 V1-2 O1) facies de dolor, diaforética, piel con palidez marcada (+++), fría, mucosa oral semiseca, ventila espontáneamente, mamas blandas, abdomen: distendido, sensible, doloroso a la palpación en FID, MMSS con acceso venoso en MSI pasando cloruro de sodio 1 frasco 500 cc pp, Genito urinario. Se evidencia sangrado vaginal escaso oscuro (+), micción espontanea. MMII debilitados, no edemas, no varices.

b) ¿Qué se hizo?

- Se coloca a paciente en camilla de emergencia, se realiza valoración integral y se controla signos vitales:

PA: 60/40 mm hg

T: 36 ° c

FC: 126 x´

FR: 28 x´

Sat O2: 92%

- Se comunica inmediatamente al médico de guardia.
- Se brinda apoyo ventilatorio administrando O2 con cánula binasal.
- Se realiza monitoreo de PA, FC, diuresis, presencia de sangrado (hemodinamia)
- Se abre la vía a chorro se termina de pasar I frasco de cloruro de Sodio 9%°, se canaliza otro acceso venoso y se pasa el II frasco de cloruro 9%° luego un frasco de poligelina a goteo rápido.
- Se coordina con personal de laboratorio para la toma urgente de análisis (G y F, hmg, t de coagulación y sangría GUC, sub unidad Beta, etc.)
- Se coordina con banco de sangre para la preparación de 2 paquetes globulares de acuerdo al tipo de sangre
- Se transfunde 2 unidades de sangre
- Se apoya a ginecólogo para la toma de ecografía abdominal.
- Se prepara para sop, Laparotomía exploratoria más posible salpingectomia.
- Se le pide a paciente luego de su estabilización que firme consentimiento informado junto a familiar directo.
- Se toma electrocardiograma
- Se envía I/C a Uci para Riesgo quirúrgico urgente

- Se administra profilaxia : Cefazolina 2 gr, Ev stat
- Se le completa material e insumos del kit de Laparotomía.
- Se instala sonda Foley a circuito cerrado
- Se pasa a pacto a SOP.

c) ¿Qué se aprendió?

A partir del caso se aprendió a realizar valoración integral de la mujer en edad reproductiva, el manejo del shock hipovolémico por embarazo ectópico, así mismo el manejo del estrés, temor y la ansiedad.

Nunca se debe confiar ciegamente en la palabra de un paciente, se debe confiar mucho más en la clínica y en lo que se evidencia, ya que esta paciente retrasó el diagnóstico al decir que no podía estar embarazada porque no tenía pareja y que su ciclo menstrual le venía todos los meses por lo tanto no había amenorrea.

Dicha paciente pasó a SOP por ley de emergencia ya que su Madre no quería que su hija sea intervenida quirúrgicamente porque no creía que estaba gestando, igual se hizo informe a fiscalía para evitar problemas legales y se hizo la respectiva anotación en el registro de enfermería.

d) Innovaciones – Aportes

- Guía de atención de enfermería paciente con embarazo ectópico.
- Guía de procedimientos de enfermería en emergencia.
- Capacitación en servicio al personal de enfermería.
- Se coordinó con el jefe de departamento para la adquisición de un ecógrafo digital para el servicio y así facilitar el diagnóstico en este tipo de pacientes.

e) Limitaciones para el Desempeño Profesional

- Una de las principales limitaciones es el recurso humano, ya que no tenemos personal de enfermería de retén o para las referencias de pacientes a un hospital de mayor complejidad.
- En cuanto a la infraestructura, el espacio es pequeño, el hospital está declarado en emergencia. El Área física es insuficiente e inadecuada para la atención, gestión asistencial y administrativa, hacinamiento y áreas compartidas
- El equipamiento e insumos es insuficiente para el área de Shock trauma, solo contamos con un monitor cardíaco. Además el Mobiliario es inadecuado para las funciones del servicio.
- Deficiente implementación del Programa de Mantenimiento Preventivo y Recuperativo de los Equipos

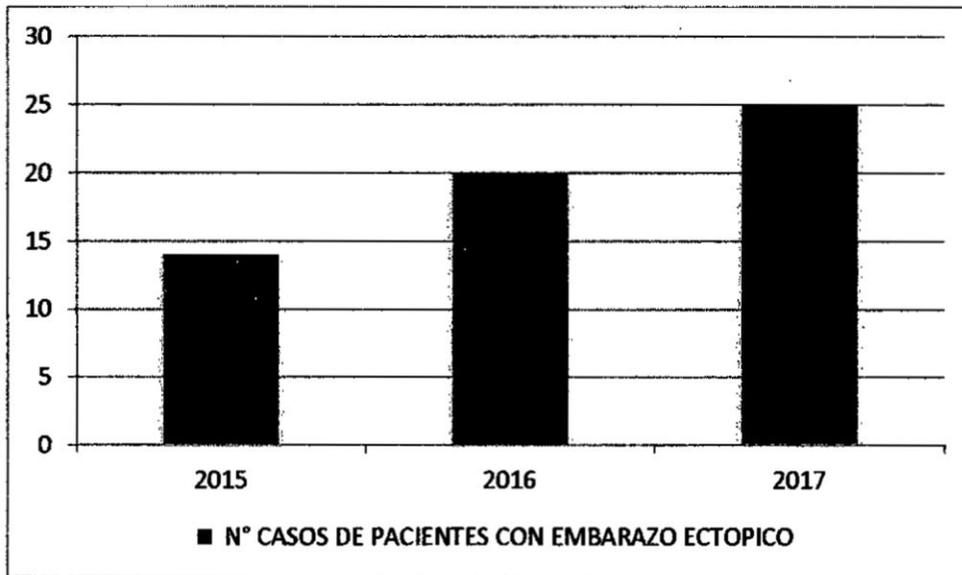
- Cuenta con ambulancias con Equipamiento inadecuado para la referencia de paciente critico.
- Demora en los procesos (atención, hospitalización, transferencia)
- Logística insuficiente
- Inexistencia de un Sistema integrado de Software y deficiencia de Base de Datos Institucionales que dificultan la toma de Decisiones.
- Pacientes con patología cada vez más compleja que demanda mayores cuidados en relación al número de personal asistencial existente.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS

GRÁFICO N° 4.1

Numero De Pacientes Con Embarazo Ectópico Por Año En El Servicio De Emergencia Del Hospital Rezola Cañete 2015 - 2017



Fuente: Oficina de Estadística (2017)

Interpretación:

En el grafico 4.1 vemos que según la Oficina de Estadística del hospital Rezola de Cañete, el número de mujeres con embarazo ectópico que fueron atendidos en el servicio de emergencia es variable y va en ascenso: 14 casos (2015), 20 casos (2016), 25 casos (2017).

CUADRO N° 4.1

Edad Por Año De Las Pacientes Con Embarazo Ectópico En El Servicio De Emergencia Del Hospital Rezola Cañete 2015 - 2017

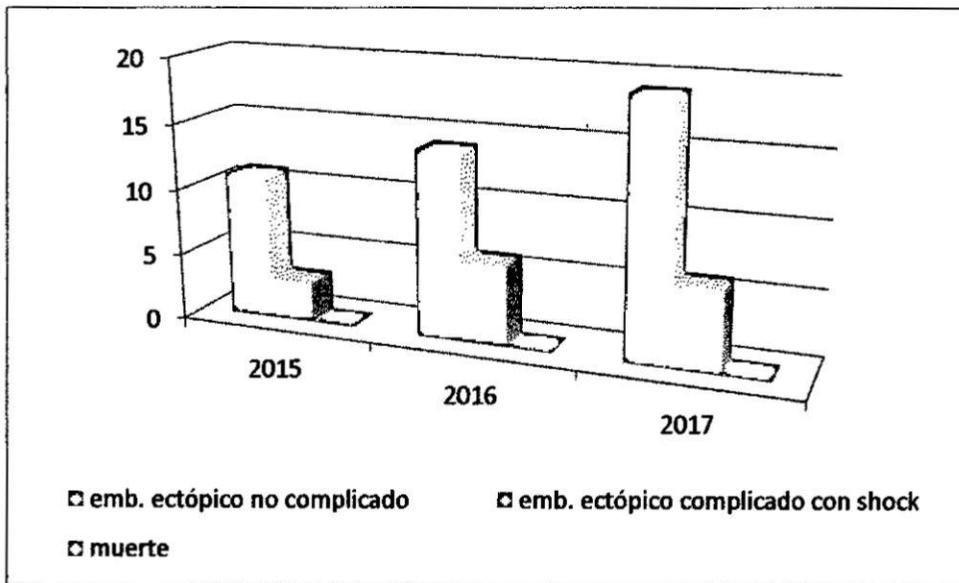
GRUPO DE EDAD	2015		2016		2017		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
12 a 17 años	02	14%	01	5%	01	4%	04	07%
18 a 29 años	07	50%	10	50%	13	52%	30	51%
de 30 años a más	05	36%	09	45%	11	44%	25	42%
TOTAL	14	100%	20	100%	25	100%	59	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

Interpretación:

En el cuadro 4.1 vemos que la mayoría de los casos se presentaron en el grupo de 18 a 29 años de edad con el 51%, seguido por el grupo de 30 años a más con el 42%. Así mismo se puede apreciar el embarazo ectópico en adolescentes de 12 a 17 años con un 07%.

GRÁFICO N° 4.2
Numero De Paciente Con Embarazo Ectópico Complicado, No
Complicado Y Muerte En El Servicio De Emergencia Del Hospital
Rezola Cañete 2015 – 2017



Fuente: Oficina de Estadística (2017)

Interpretación:

En el grafico 4.2 vemos que la mayoría de los casos son los embarazos ectópicos no complicados, seguidos de los complicados con shock y no se ha presentado ningún caso de muerte por dicha patología.

CUADRO N° 4.3

Numero De Paciente Con Embarazo Ectópico Que Recibieron Tratamiento Médico Y Quirúrgico Por Año En El Servicio De Emergencia Del Hospital Rezola Cañete 2015 – 2017

AÑO	TIPO DE TRATAMIENTO				TOTAL	%
	MEDICO		QUIRURGICO			
	N°	%	N°	%		
2015	5	35%	9	65%	14	65%
2016	8	40%	12	60%	20	60%
2017	11	44%	14	56%	25	56%
TOTAL	24	%	35	%	59	%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

Interpretación:

En el cuadro 4.3 podemos apreciar que el tratamiento quirúrgico ha sido de elección en la mayoría de los casos; con el 65% en el año 2015, 60% en el 2016 y 56% en el 2017.

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente con embarazo ectópico.

- b) Se evidencia que la adecuada intervención del profesional de enfermería desde el triaje hasta el alta, referencia, transferencia, es fundamental para la atención del paciente con embarazo ectópico para controlar y o prevenir complicaciones.

- c) A pesar de los esfuerzos, aún hay mucho trabajo por realizar, las continuas rotaciones de personal, los embarazos no deseados, embarazos en adolescentes, el insuficiente presupuesto, hace que el personal de enfermería del servicio de emergencia plantee estrategias dirigidas a mejorar la atención y el cuidado de enfermería del usuario que acude al servicio.

- d) A su vez se evidencia que el tratamiento de elección en su mayoría son quirúrgicos, por ello es importante la actuación rápida.

CAPÍTULO VII:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MARTÍNEZ GUADALUPE AI, MASCARO RIVERA YS, MÉJICO MENDOZA SW, MERE DEL CASTILLO JF. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2013 Jul [Consultada el 21 de Noviembre 2017]; 59 (3): 171-176. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300005&lng=es
2. Zapata Betsy, Ramírez Juan, Pimentel José, Cabrera Santiago, Campos Gerardo. La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2015 Ene [Consultada el 12 de diciembre 2017]; 61 (1): 27-32. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100005&lng=es
3. Bueno N. Francisco, Sáez C. Jaime, Ocaranza B. Myriam, Conejeros R. Carolina, Vaccarezza P. Italo, Borquez V. Pamela et al. Tratamiento Médico del Embarazo Ectópico. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2002 [Consultada el 21 de noviembre 2017]; 67 (3): 173-179. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000300001>

4. Cabezas Cruz Evelio. El embarazo ectópico sigue siendo un problema no resuelto. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2015 Jun [Consultada el 21 de noviembre 2017]; 41 (2): 99-105. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000200001&lng=es
5. Caraguay Guajala, Johana del Cisne. Embarazo Ectópico en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital provincial General Docente de Riobamba 2010 [Consultada el 21 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3437/1/94T00100.pdf>
6. Guía de Manejo Consulta Especializada de Ginecobstetricia. Colombiana de Salud. S.A. [Consultada el 21 de noviembre 2017]. Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GUIAS%20CONSULTA%20ESPECIALIZADA/GINECOOBSTETRICIA/02%20EMBARAZO%20ECTOPICO.pdf
7. Oficina de Estadística del Hospital Rezola de Cañete
8. MERCADO MEDRANO WM. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013 TESIS Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. 2014. Universidad Nacional Mayor De San Marcos: Facultad de Medicina Humana E.A.P. de

Medicina Humana.

9. Durán Acero, Diana Catalina. Moreno Moreno, Diana Elizabeth. Factores De Riesgo Asociados a Embarazo Ectópico. Universidad del Rosario Hospital Universitario Mayor Mederi Facultad de Medicina Departamento Ginecología y Obstetricia Bogotá D.C. Abril de 2014 [Consultada el 18 de diciembre 2017]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/8362/52818699-2014.pdf>
10. ORELLANA RODRÍGUEZ J. Embarazo Ectópico, Complicaciones y Factores de Riesgo Estudio a Realizar en Pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de Procel Año 2013 – 2015. Universidad De Guayaquil Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Medicina Guayaquil-Ecuador Año: 2015-2016. [Consultada el 18 de diciembre 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18577/1/EMBARAZO%20ECTOPICO%20COMPLICACIONES%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>
11. COLOMA QUISPE CW. Factores de Riesgo Asociados y Características Clínicas del Embarazo Ectópico en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 2007 al 2011. Para optar el Título Profesional de: Médico-Cirujano Tacna-Perú 2013. [Consultada el 18 de diciembre 2017]. Disponible en: <http://200.37.105.196:8080/bitstream/>

handle/unjbg/224/109_2013_Coloma_Quispe_CW_FACS_Medicina_2013.pdf?sequence

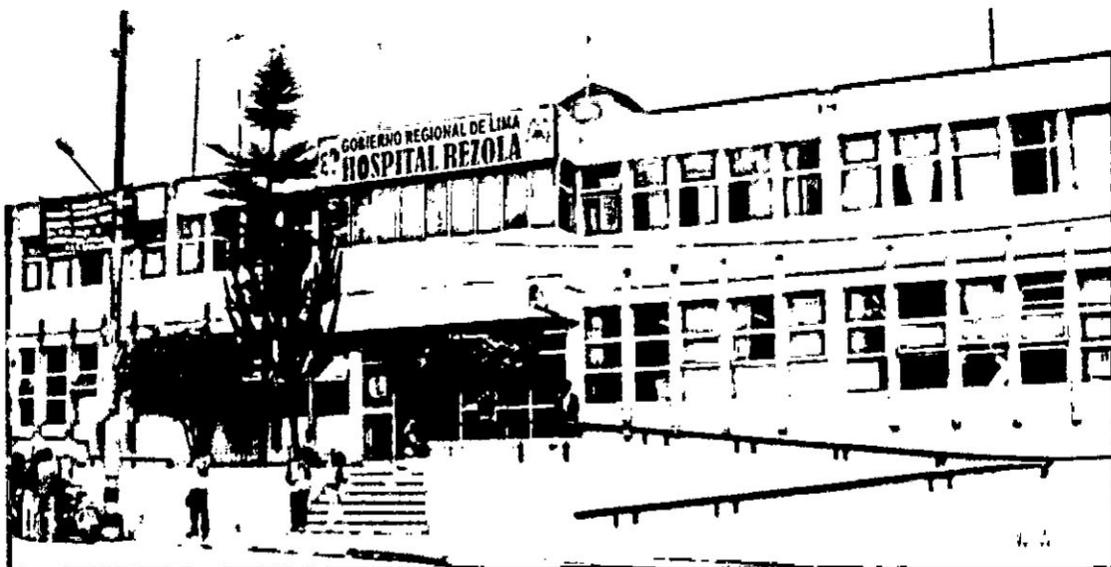
12. ILLANES BACA RK, SALIZAR CONTO GS. Características Clínicas del Embarazo Ectópico en Pacientes del Hospital Antonio Lorena. Cusco 2015. [Consultada el 18 de diciembre 2017]. Disponible en: http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/546/3/Ruth_Geraldine_Tesis_bachiller_2016.pdf
13. ADDI M. ARTACHO C, SANTIAGO J. NAVARRO REPISO JA. Embarazo Ectópico. [Consultada el 22 de diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf>
14. FERNÁNDEZ ARENAS C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Ma [Consultada el 22 de diciembre 2017]. r; 37 (1): 84-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es
15. FONSECA COROZO G. Complicaciones Materno, Fetales y Neonatales Atendidas en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas Durante el Primer Trimestre del 2013. Trabajo de Investigación Previo a la Obtención del Título Licenciada En Enfermería. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador Sede Esmeraldas. [Consultada el 18 de diciembre

- 2017]. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/181/1/FONSECA%20COROZO%20GISELA.pdf>
16. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros Definición y Clasificación 2015-2017 (Versión en español de la obra orinal en Inglés) Elsevier, 2015 España.
 17. BULECHEK GM, BUCHER HK, DOCHTERMAN JM, WAGNER CM. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)" Sexta edición. Elsevier. 2014 España.
 18. BRUNNER Y SUDERATH. Enfermería Medico quirúrgica. 12 ° ed. España: Ed. Lippincott Williams y Wilkins. 2013.
 19. ALLIGOND MR, TOMEY AM. Modelos y teorías em Enfermería. Septima Edic. Editorial Elsevier. España 2011.
 20. MEIRIÑO JL, VÁSQUEZ MÉNDEZ, M, SIMONETTI, C, PALACIO MM. El cuidado. [Consultada el 11 de diciembre 2017]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>
 21. Programa Integración de Tecnología a la Docencia. Vicerrectoría de Docencia. Universidad de Antioquia. Colombia. [Consultada el 22 de diciembre 2017]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=6197>

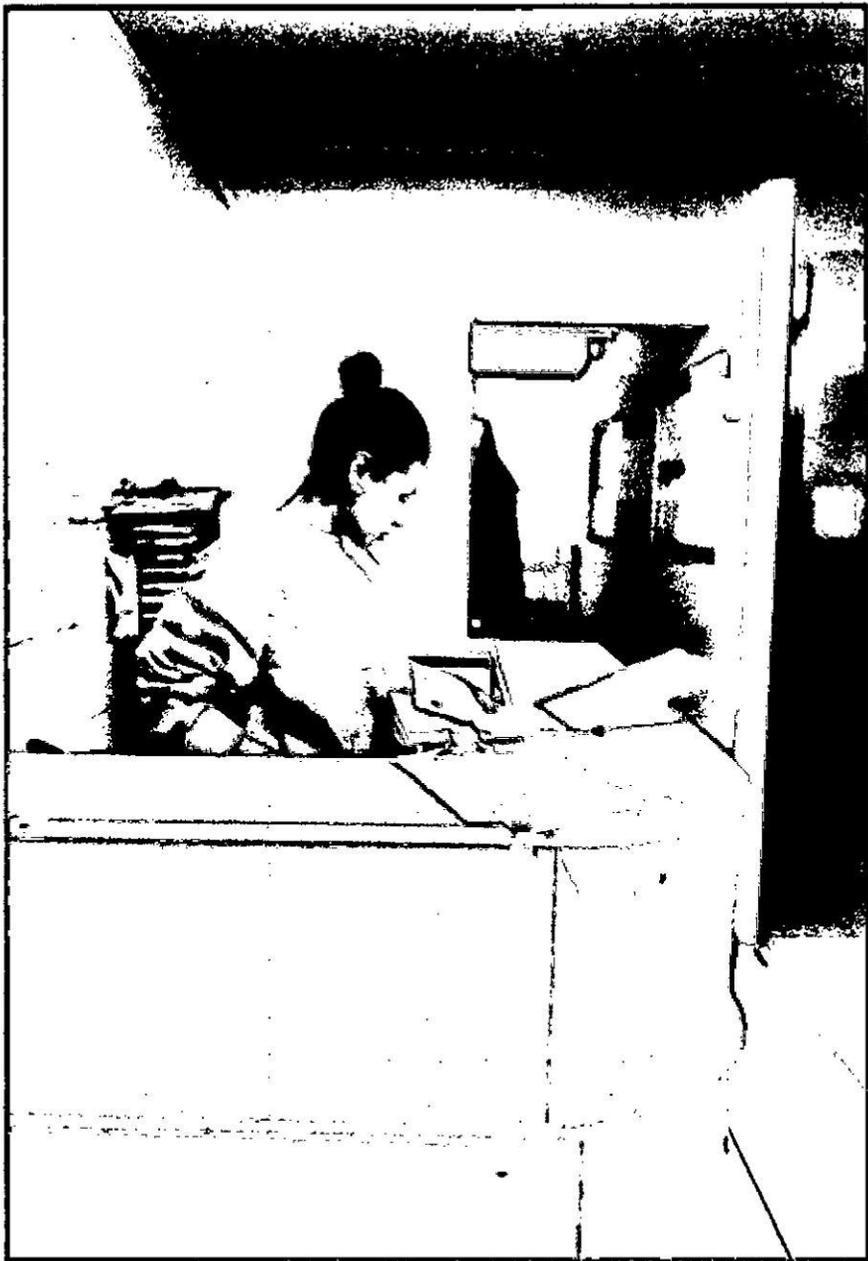
ANEXOS

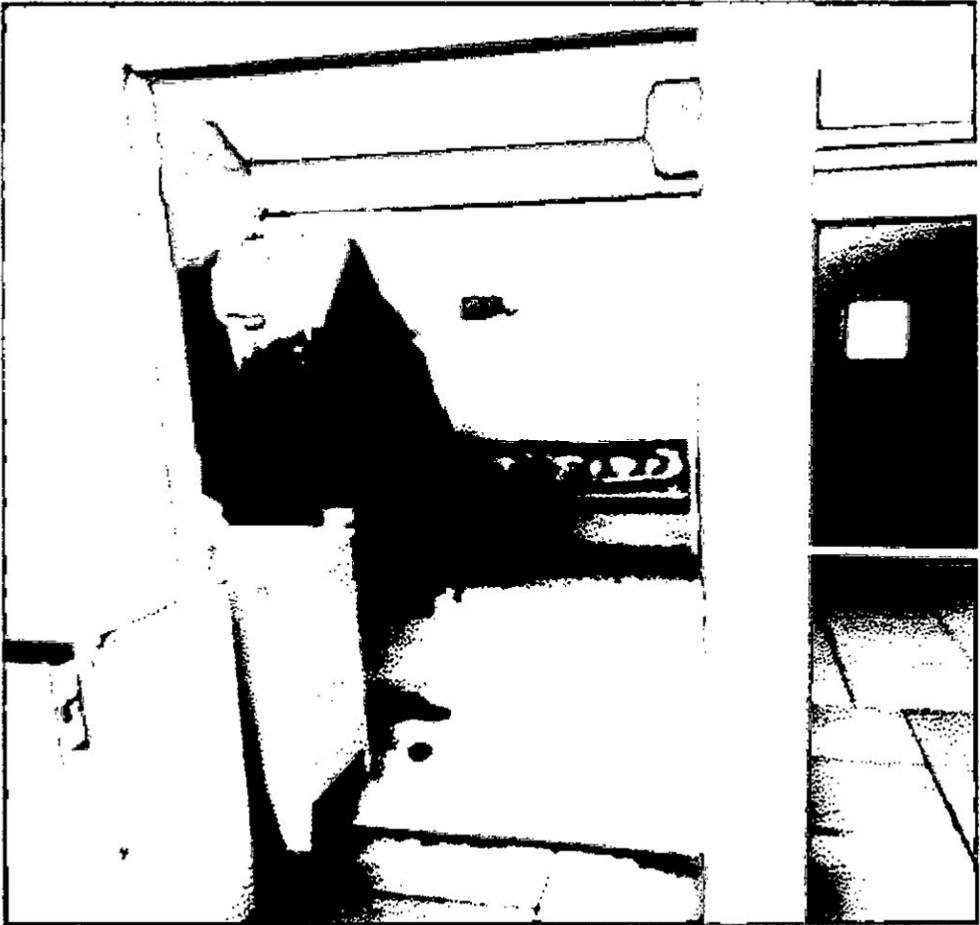
ANEXO 01

Fotos del Servicio de Emergencia











BALANCE HIDRICO

FECHA:		M	T	N	PESO:			
TURNO		7 a 1	1 a 7	7 a 7	TOTAL EN 24 HORAS	DÉBITO URINARIO		
I N G R E S O S	V.O. /ENTERAL					M/T N		
	SOLUCIÓN ENDOVENOSAS							
	MEDICINAS							
	SANGRE Y/O HEMODERIVADOS							
	AGUA DE OXIDACIÓN							
	TOTAL DE INGRESOS						BALANCE TOTAL HORAS	
	E G R E S O S	DIURESIS						EV pp M= T= N=
		DEPOSICIÓN						
		VOMITOS						
		OTROS EGRESOS						
PERDIDAS INSENSIBLES								
TOTAL DE EGRESOS								
FIRMA Y SELLO		M	T	N				
I N G R E S O S	V.O. /ENTERAL					M/T N		
	SOLUCIÓN ENDOVENOSAS							
	MEDICINAS							
	SANGRE Y/O HEMODERIVADOS							
	AGUA DE OXIDACIÓN							
	TOTAL DE INGRESOS						BALANCE TOTAL HORAS	
	E G R E S O S	DIURESIS						EV pp M= T= N=
		DEPOSICIÓN						
		VOMITOS						
		OTROS EGRESOS						
PERDIDAS INSENSIBLES								
TOTAL DE EGRESOS								
FIRMA Y SELLO		M	T	N				
DEBITO URINARIO	AGUA DE OXIDACIÓN	PERDIDAS INSENSIBLES:						
D.U. = Diur. Tot / N° hr. / Kg. Peso D.H.N. = 0,5 - 2 ml	ADULTOS: P x 0,2 x N° Horas	ADULTOS: P x 0,5 x N° Horas	MEÑORES DE 10 Kg. P x 33 x N° Horas / 24	NIÑOS MAY. DE 10 kg. P.J. = S.C. x 400 x N° Hrs / 24				
Por cada Grado de T° mayor a lo normal se aumentara 8,5 a P.I.								
APELLIDOS Y NOMBRES:					N° HIST. CLIN. _____			
SERVICIO: _____		N° CAMA: _____		EDAD: _____ PESO: _____				



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REZOLA CANETE

"Año del Dialogo y Reconciliación Nacional"

Cañete, de del 2018

OFICIO N° 2018-DIRESA-HRC-DGO

Señor
Fiscal de Turno
Fiscalía Provincial de Cañete
Presente

Asunto:.....

Me dirijo a usted a fin de saludarlo cordialmente y a la vez informar que el.....
..... siendo a lashoras, ha ingresado por el
Servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia la
paciente.....de
.....años de edad, con domicilio en.....
.....con Historia
Clinica N°.....

Asimismo, se informa que la paciente presenta el diagnóstico
de.....
.....
.....

Es lo que se informa a usted para su conocimiento y fines pertinentes.
Testimoniándole las muestras de mi especial consideración y estima, quedo de usted.

Atentamente,

Cc/Archivo(H.C.)