



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2024,
Volumen 8, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN EMBARAZO ECTÓPICO BASADO EN EL MODELO DE HILDEGARD PEPLAU: A PROPÓSITO DE UN CASO

**NURSING CARE IN AN ECTOPIC PREGNANCY
BASED ON THE HILDEGARD PEPLAU MODEL:
A CASE REPORT**

Marlene Johana Chamba-Tandazo

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

Lía Francheska Arévalo Mite

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

Kristel del Cisne Cedeño Fajardo

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

Antonella Jareth Alonso Blacio

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

Ruth Salome Miranda Beltran

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12965

Atención de Enfermería en un Embarazo Ectópico Basado en el Modelo de Hildegard Peplau: A Propósito de un Caso

Marlene Johana Chamba Tandazo¹mchamba@utmachala.edu.ec<https://orcid.org/0000-0001-6687-4569>Universidad Técnica de Machala
Ecuador**Lía Francheska Arévalo Mite**larevalo7@utmachala.edu.ec<https://orcid.org/0009-0006-9347-5196>Universidad Técnica de Machala
Ecuador**Kristel del Cisne Cedeño Fajardo**kcedeno1@utmachala.edu.ec<https://orcid.org/0009-0004-7180-6877>Universidad Técnica de Machala
Ecuador**Antonella Jareth Alonso Blacio**aalonso1@utmachala.edu.ec<https://orcid.org/0009-0004-4331-0030>Universidad Técnica de Machala
Ecuador**Ruth Salome Miranda Beltran**rmiranda2@utmachala.edu.ec<https://orcid.org/0009-0003-1145-610X>Universidad Técnica de Machala
Ecuador

RESUMEN

Introducción: El embarazo ectópico se define como la implantación del blastocisto en cualquier lugar distinto de la cavidad endometrial. Estas complicaciones obstétricas se estiman entre el 1% y 2% de todos los embarazos. En Ecuador se ha reportado que el 4% de las pacientes han experimentado esta complicación dejando como resultando 9 muertes maternas y en el hospital general de Machala en el 2024 se registraron 120 casos. **Objetivo:** Desarrollar un caso clínico para estudiar la patología y mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el Modelo de Hildegard Peplau se logra mejorar la salud de la paciente y disminuir las complicaciones maternas. **Materiales y métodos:** Se realizó una investigación de tipo descriptiva y analítica, además se solicitó firma del consentimiento informado para la recolección de datos, entrevista directa, revisión de la historia clínica. **Resultado:** Paciente de 37 años con diagnóstico de embarazo ectópico, residente del sector urbano, soltera, con nivel de instrucción básica, mestiza, grupo sanguíneo ORH+, ha recibido vacuna contra el covid, 4 gestas, 3 partos por cesáreas, en el último parto tuvo trillizos, la cual se sometió a una esterilización quirúrgica. **Conclusión:** Los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de proporcionar un acompañamiento continuo y asegurar la calidad de los cuidados durante el Pre Quirúrgico, Quirúrgico y Postquirúrgico, esto es crucial para reducir la incidencia de complicaciones y disminuir las tasas de morbilidad materna.

Palabras claves: embarazo ectópico, atención de enfermería, teoría, complicaciones

¹ Autor principal

Correspondencia: mchamba@utmachala.edu.ec

Nursing Care in an Ectopic Pregnancy Based on the Hildegard Peplau Model: A Case Report

ABSTRACT

Introduction: Ectopic pregnancy is defined as the implantation of the blastocyst in any place other than the endometrial cavity. These obstetric complications are estimated to be between 1% and 2% of all pregnancies. In Ecuador it has been reported that 4% of patients have experienced this complication, resulting in 9 maternal deaths and in the general hospital of Machala in 2024, 120 cases were recorded.

Objective: Develop a clinical case to study the pathology and by applying the nursing care process based on the Hildegard Peplau Model, it is possible to improve the patient's health and reduce maternal complications. Materials and methods: A descriptive and analytical research was carried out; in addition, a signed informed consent was requested for data collection, direct interview, and review of the clinical history. Result: 37-year-old patient with a diagnosis of ectopic pregnancy, resident of the urban sector, single, with a level of basic education, mixed race, ORH+ blood group, has received the covid vaccine, 4 pregnancies, 3 deliveries by cesarean section, in the last delivery she had triplets, which underwent surgical sterilization. Nursing professionals have the responsibility of providing continuous support and ensuring the quality of care during Pre-Surgical, Surgical and Post-Surgical, this is crucial to reduce the incidence of complications and reduce maternal morbidity and mortality rates.

Keywords: embarazo ectópico, atención de enfermería, teoría, complicaciones

*Artículo recibido 10 julio 2024
Aceptado para publicación: 15 agosto 2024*



INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico, también conocido como embarazo extrauterino, proviene del griego "ektopos" que significa "fuera de lugar". Este término se refiere a la implantación del blastocisto en un lugar distinto al endometrio de la cavidad uterina. La trompa de Falopio es el lugar más común donde ocurre este tipo de embarazo, pero también puede pasar en el ovario, la cavidad abdominal, el cuello uterino, entre otros. (Hu Liang, Sandoval Vargas, Hernández Sánchez, & Vargas Mora , 2018)

La incidencia del embarazo ectópico (EE) se calcula entre el 1 y 2 % de todos los embarazos y ha mostrado un aumento en las últimas décadas, al igual que en otros países de la región. Un estudio retrospectivo realizado en un hospital de Uruguay a lo largo de 10 años reveló que el 43 % de las laparoscopias realizadas por abdomen agudo en mujeres en edad reproductiva correspondían a sospechas de embarazo ectópico, confirmándose este diagnóstico en el 83 % de las laparoscopias efectuadas. (ALONSO & LÓPEZ, 2019)

Esta complicación conlleva al aborto, en los Estados Unidos en 2018, la tasa de mortalidad debido a embarazos ectópicos fue de 0,8 muertes cada 100.000 nacidos vivos (Embarazo ectópico, 2007), actualmente tienen una prevalencia estimada de entre 0.005% y 0.9%. En Estados Unidos, aproximadamente el 1.4% de todos los embarazos son ectópicos. En Alemania, la incidencia es de 20 por cada 1000 nacimientos vivos. En el Reino Unido, se registran unos 30 casos diarios de embarazo ectópico, lo que equivale a aproximadamente 12,000 casos anuales. En Ecuador, se ha reportado que el 4% de las pacientes han tenido un embarazo ectópico, esta complicación ha resultado en 9 muertes maternas y en el Hospital general de la provincia en el año 2024, se registraron 120 casos (Martínez Rodríguez, Bravo Mosquera, Suárez Lescano, Cuadrado Suárez, & Velásquez López, 2023).

El embarazo ectópico representa un riesgo significativo de morbilidad, y mortalidad materna (Gacetas Muerte Materna 2023 – Ministerio de Salud Pública). Sin embargo, gracias a diagnósticos adecuados y oportunos, la tasa de mortalidad asociada ha disminuido en las últimas décadas, situándose alrededor del 2.7%. Se estima que en 5 de cada 9 muertes maternas no se consideró el diagnóstico de embarazo ectópico (Hu Liang, Sandoval Vargas, Hernández Sánchez, & Vargas Mora , 2018).

Son considerados factores de riesgo las infecciones de transmisión sexual, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, cirugías abdominopélvicas

previas, esterilización quirúrgica o salpingectomía parcial bilateral, uso de anticonceptivos intrauterinos, abortos inducidos y antecedentes de embarazo ectópico. Adicionalmente, factores como traumatismos, anomalías congénitas, la presencia de tumoraciones, la edad materna mayor de 30 años, el inicio precoz de la actividad coital, el número de parejas sexuales, el uso de duchas vaginales y el tabaquismo contribuyen el riesgo (Espinoza Garita, Garnier Fernández, & Pizarro Alvarado, 2021).

Hay mecanismos postulados como causas del embarazo ectópico, como obstrucción tubárica anatómica, alteración en la motilidad tubular, disfunción ciliar y factores moleculares que promueven la implantación en las trompas de Falopio. La destrucción anatómica e histológica de las trompas se considera una de las principales causas (Rivera, Pomés, Díaz, Espinoza, & Zamboni, 2020). Además, se incluyen el desbalance hormonal y la estrechez de la luz de la trompa. Aunque las causas específicas siguen siendo un reto para la investigación científica (Hu Liang, Sandoval Vargas, Hernández Sánchez, & Vargas Mora, 2018).

Según fuentes de revistas, libros y artículos (Cuba Barrero, y otros, 2023), no se hace factible poder tener un diagnóstico preciso de un embarazo ectópico a primera instancia, debido a que no todos evolucionan con complicaciones o manifiestan sintomatología característica, una de las mayores complicaciones es la hemorragia o ruptura de las trompas de Falopio, hemorragia interna y en casos más extremos puede causar un shock hipovolémico - choque cardiocirculatorio, dolor pélvico intenso, infecciones pélvicas (enfermedad pélvica inflamatoria), infertilidad, riesgos de embarazos ectópicos futuros y el riesgo de muerte, a partir de un embarazo extrauterino es 10 veces mayor que el de un parto vaginal y 50 veces superior que un aborto inducido.

En la mayoría de las pacientes no notan ningún síntoma al principio, pero pueden presentar síntomas tempranos como hemorragia vaginal o manchas de sangre, cólicos o dolor pélvico, los periodos menstruales pueden retrasarse o no (amenorrea), hipotensión, tumoración pélvica, desmayos, sudoración y en algunas mujeres no sospechan de su embarazo (Cuba Barrero, y otros, 2023).

Para diagnosticar un embarazo ectópico, se deben considerar tres pilares fundamentales: la exploración clínica, las pruebas de laboratorio y la ecografía. La exploración clínica, o la laparoscopia si es necesaria, se realiza cuando hay sospechas de dolor en la parte inferior del abdomen o hemorragia vaginal. La prueba de laboratorio, que mide la fracción β de la hormona gonadotropina coriónica

humana (β -hCG), es esencial. Esta hormona, producida por las células del trofoblasto, en un embarazo normo evolutivo, tiende a duplicar su valor cada dos días, alcanzando aproximadamente 10.000 mUI/ml. Sin embargo, en un embarazo ectópico, el incremento es menor, situándose entre 1.000 y 2.000 mUI/ml. Esta prueba puede realizarse mediante sangre o mediante un test de embarazo con orina (Moliner, 2022).

Si la prueba de β -hCG es positiva o si, en raras ocasiones, resulta negativa pero los síntomas sugieren un embarazo ectópico, se procede con una ecografía. A través de la ecografía, se busca detectar la presencia de un feto en una localización fuera del útero, lo cual confirma un embarazo ectópico. Si la ecografía no localiza el feto en ninguna parte, aún es posible que se trate de un embarazo ectópico, o bien, que el embarazo esté en una fase muy precoz para ser visualizado en el útero. Estos pasos diagnósticos son cruciales para identificar y tratar adecuadamente un embarazo ectópico, minimizando los riesgos para la paciente (Moliner, 2022).

El metotrexato (MTX) es un antagonista del ácido fólico que inhibe la síntesis de ADN, es el tratamiento farmacológico de primera línea para el embarazo ectópico. Se utiliza en pacientes hemodinámicamente estables, sin síntomas, con edad gestacional menor a 8 semanas, ecografía mostrando un miometrio menor a 2 mm, tumor anexial menor de 35 mm, sin latido cardíaco fetal, y niveles de β -hCG menores a 5000 UI/L. Las contraindicaciones incluyen inestabilidad hemodinámica, inmunodeficiencia, anemia severa, y disfunciones hepática o renal. Los protocolos de dosis varían según los niveles de β -hCG y la respuesta al tratamiento, incluyendo regímenes de dosis única, dos dosis, y dosis múltiples. Efectos adversos comunes del MTX son síntomas gastrointestinales, manchado vaginal, y elevación de enzimas hepáticas (Yumbla Gálvez & Lema Gualpa, 2021).

El tratamiento quirúrgico es la opción más efectiva para el embarazo ectópico (EE) cuando los niveles de β -hCG superan 5000 mUI/ml, hay actividad cardíaca embrionaria fuera del útero, o existen barreras para acceder a pruebas de laboratorio. También se indica cuando el uso de metotrexato está contraindicado. Las técnicas quirúrgicas incluyen la salpingostomía o salpingectomía, realizadas por laparoscopia o laparotomía. La salpingectomía laparoscópica se elige si la trompa contralateral está sana, mientras que la salpingostomía se prefiere para preservar la fertilidad. La laparoscopia es ventajosa en pacientes hemodinámicamente estables, ya que reduce el tiempo quirúrgico, el sangrado,

la estancia hospitalaria y la necesidad de analgésicos, reservando la laparotomía para pacientes inestables o con complicaciones que impiden el acceso laparoscópico (Estrella & Bustillos Solórzano, 2022).

Las acciones de enfermería en Perú, se ha adoptado un enfoque innovador para la gestión del embarazo ectópico mediante la priorización del riesgo de complicación principal, utilizando el Modelo AREA (Análisis de Resultado Esperado Actual). Este modelo integra una red de razonamiento crítico para identificar y gestionar el riesgo de complicaciones en casos de embarazo ectópico. La metodología permite interrelacionar los cuatro principales riesgos de complicación, proporcionando una visión clara del riesgo predominante para cada paciente. Las enfermeras utilizan esta evaluación para priorizar intervenciones, optimizar el manejo del caso y coordinar el tratamiento, asegurando una respuesta rápida y efectiva a las emergencias potenciales. Este enfoque estructurado mejora la capacidad de respuesta del personal de enfermería, garantizando una atención integral y oportuna basada en el riesgo específico identificado (Pulcha Llerena & Vivanco Hilario, 2024).

La teoría de Hildegard Peplau, en 1952, desarrolló la primera teoría sobre la práctica de la enfermería, centrándose en la relación interpersonal entre enfermera y paciente. Según Peplau, esta relación es un proceso terapéutico y significativo que se realiza en colaboración con otros procesos humanos para alcanzar la salud. El objetivo es que tanto el paciente como la comunidad logren el mayor desarrollo personal y salud posible. Su teoría identifica la enfermería como un proceso cooperativo e interpersonal, donde la persona es vista como un ser humano en un equilibrio inestable, cuya alteración conduce a la enfermedad. Define la salud como el progreso hacia una vida creativa y constructiva, y considera que la relación enfermera-paciente puede desarrollarse en diversos entornos como hospitales, escuelas o comunidades, mejorando así la salud y bienestar (Llacta Ore & Mejia Nuñez, 2018).

METODOLOGIA

Se realizó una investigación de tipo descriptiva y analítica, además se solicitó firma del consentimiento informado para la recolección de datos, entrevista directa, revisión de la historia clínica y para el seguimiento a la paciente de embarazo ectópico se realizó una video conferencia mediante plataforma Zoom para fundamentar el desarrollo de la investigación.



Además, se realizó una revisión bibliográfica seleccionando artículos que analizan el impacto del embarazo ectópico en la salud materna. Las bases de datos utilizadas fueron SciELO, PubMed, ScienceDirect.

Descripción del caso

Paciente de 37 años con diagnóstico de Embarazo Ectópico, residente del sector urbano, soltera, con nivel de instrucción básica, mestiza, grupo sanguíneo ORH+, en cuanto a sus antecedentes familiares, indica que presentan diabetes mellitus e hipertensión arterial y como antecedentes patológicos personales ninguno, recibió 4 dosis de la vacuna contra el covid, 2 dosis de antitetánica. La paciente tiene un historial obstétrico significativo con cuatro gestaciones, su primer hijo a los 15 años, segunda hija a los 24 años y después de 13 años tuvo la tercera cesárea obteniendo productos de trillizos, con 1 control prenatal en el quinto mes, ya que sus responsabilidades laborales no le permitieron asistir al centro de salud. Tras su última gestación, se sometió a una esterilización quirúrgica por riesgo de una cuarta cesárea y su situación personal, ya que era madre soltera y tenía que trabajar para mantener a sus hijos. En el contexto de las cesáreas, la paciente experimentó complicaciones significativas durante su primera cesárea, tres días después del alta, presento secreción purulenta y desarrolló una infección en la herida quirúrgica, pese a ingresar al hospital y después a una clínica privada, no recibió atención adecuada. La paciente manifiesta que un personal médico amigo de la familia la trató durante un mes y medio, realizando las curaciones en el domicilio retirando tejido necrótico que se había formado. Días después al no sentir una recuperación favorable en el cierre de la herida quirúrgica, la paciente decide asistir a otra clínica particular para ser valorada nuevamente por un médico especialista por presentar fiebre y malestar general al observar lo sucedido la enviaron a realizar una ecografía abdominal y descubrieron que la infección fue causada por negligencia durante el procedimiento, dejando una gasa e hilo de sutura en la última capa del cierre abdominal, causando una cicatriz hundida, el medico realiza un limpieza quirúrgica, administra antibióticos, días después la paciente se recupera de manera confortable.

Actualmente, su última menstruación fue el 15 de marzo de 2024, lo que corresponde a 9.4 semanas de amenorrea. A pesar de estar esterilizada quirúrgicamente hace 13 años, acude a emergencias por sentir dolor pélvico intenso a nivel hipogastrio desde hace seis horas y sangrado transvaginal escaso, en la

exploración física se observa un abdomen globuloso debido al panículo adiposo, blando, depresible, facies pálidas. Además, cuenta con un peso de 105.2 kg y una talla de 1.55 m, presentando un índice de masa corporal (IMC) de 43, indicando obesidad mórbida.

Al ingreso, se realizaron exámenes de laboratorio como resultados: hemoglobina de 12.0 g/dL, plaquetas de 229,000/mm³, leucocitos de 8.84/mm³, HCM de 35.8, grupo sanguíneo O+, y un TTP de 20.9. En la química sanguínea, se reportaron niveles de glucosa de 96 g/dL, urea de 0.63, y ALT de 51.2. La serología para VDRL fue negativa, y la beta-HCG cuantificada mostró un valor de 1049.00, confirmando un embarazo. Una ecografía reveló una masa anexial derecha de 32x32 cm y la presencia de líquido libre en el fondo pélvico.

Se decidió proceder con una laparotomía exploratoria para evaluar y tratar la condición. Este procedimiento, realizado bajo estrictas normas de asepsia y antisepsia, involucró una incisión infraumbilical para una adecuada visualización y exploración de los órganos internos. Durante la intervención se evidenció hemoperitoneo con un volumen de aproximadamente 200 cc y se localizó el embarazo ectópico en la trompa derecha, comprometiendo el ovario derecho, por lo que se realizó una anexectomía total derecha y una salpinguectomía total izquierda.

La paciente se evaluó usando la escala Norton, con un puntaje de 19, lo que indica un riesgo bajo de desarrollar úlceras por presión. En la escala de riesgo de caídas de Morse, obtuvo 20, reflejando un riesgo bajo.

Después de la cirugía, la paciente se trasladó al área de hospitalización para su postoperatorio inmediato. Se encontraba hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de los rangos normales. Al examen físico postquirúrgico, la paciente presentó dolor a la palpación profunda en la región abdominal, evaluado en 3/10 según la escala EVA. La herida quirúrgica estaba cubierta con un apósito limpio y seco. Su puntuación en la escala de Glasgow fue de 15/15, indicando plena conciencia y orientación.

El tratamiento postoperatorio incluyó la administración de terapia del dolor, analgésicos y monitoreo continuo de los signos vitales. La paciente fue informada junto con sus familiares sobre el diagnóstico y el estado de salud actual y cuidados pos quirúrgicos.

Tras una evolución favorable y estabilidad hemodinámica, el médico indica el alta, la paciente manifiesto no haber recibido apoyo psicológico solo del personal de enfermería proporciono indicaciones

generales para el cuidado en el hogar y se programaron controles postoperatorios para asegurar una recuperación completa y favorable. A demás se le informo sobre los signos de alarma, planificación familiar con el propósito de disminuir complicaciones futuras.

Según las etapas del proceso de atención de enfermería

La teoría de relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau, describe la importancia de la relación enfermera – paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que ayudan a nuestra paciente a enfrentar sentimientos de necesidad, frustración, conflicto y ansiedad.

Orientación: Identificación de sentimientos y reacciones iniciales de la pareja ante la pérdida. Informar al paciente sobre el proceso de duelo y posibles síntomas que puede experimentar.

Identificación: Establecer una relación de confianza con la pareja, permitiendo que expresen sus sentimientos de culpa, rabia y tristeza.

Explotación: Aminorar a la pareja a mantener una comunicación abierta y honesta, evitando sentimientos reprimidos que causen desavenencias.

Resolución: Monitorear el progreso de la pareja en su proceso de duelo y ajustar las intervenciones según sea necesaria como el preparar a la familia para asumir y apoyar en la descarga emocional.

Figura 1

Plan de Cuidados de Enfermería
Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado relacionado con dolor y limitaciones preoperatorias, operatorias y postoperatorias para la madre para evitar riesgo de infección en el hogar y el daño de su salud mental
Intervenciones Prequirúrgicas
1. Examen físico completo valorando el dolor pélvico intenso presente en nuestra paciente y la eliminación de sangrado transvaginal. 2. Pase para realizar una ecografía diagnosticando un embarazo ectópico derecho roto y de manera urgente se preparó el equipo y área para realizarse el procedimiento de laparotomía exploratoria, educación de intervención quirúrgica y apoyar a la paciente. 3. Se consulta a la paciente si ha ingerido alimentos las 6 últimas horas 4. Registro de admisión, Pulsera de identificación de la paciente, con historia clínica, exámenes complementarios actualizados 5. Monitorización de signos vitales constantemente, firma del consentimiento informado

6. Se procede a comunicar la evolución de los signos vitales a médico encargado, el mismo que da pase a cirugía.
7. Preparación a paciente para procedimiento quirúrgico, revisando que no se encuentre con uñas pintadas, puesta su bata quirúrgica, y con su hoja de consentimiento informado firmada.
8. Colocación de sonda vesical con funda recolectora.
9. Aseguración de dos accesos venosos con catéter #18 para administración de cloruro de sodio al 0.9% 1000cc y cefazolina 2gr intravenosa de manera inmediata pasando plan de hidratación.

Intervenciones Quirúrgicas

1. Control y registro de signos vitales c/15 minutos en las 2 primeras horas que incluyen tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación
2. Control de sangrado transvaginal mediante el cambio de apósito.
3. Administración de medicamentos para terapia de dolor como cloruro de sodio 0.9% 1000cc + tramadol 200 mg, metamizol 2gr, metoclopramida a 48 mg/hr
4. Administración de ácido tranexámico 1 gr intravenosa de manera inmediata
5. Biometría de control y un estudio hispatológico
6. Nada por vía oral hasta aviso postquirúrgico

Intervenciones Post Quirúrgicas

1. Mantenimiento de vía periférica permeable para plan de hidratación y control de terapia del dolor.
2. Administración de Enoxaparina 60 mg Vía subcutánea 12 horas postquirúrgico
3. Monitorización de signos vitales cada 15-30 minutos durante las primeras 2 horas postquirúrgica, luego cada hora durante las siguientes 4 horas y finalmente cada 4 horas. (por lo mínimo tener 8 controles de signos vitales)
4. Monitorización, control y registro de apósitos
5. Dieta general más líquido
6. Aseo diario, ducha vulvar, curación de herida y puesto de hielo local en herida quirúrgica.
7. Administración de tratamiento de cloruro de sodio al 0.9% 1000ml + Gentamicina (320 mg Intravenosa cada día + ácido ascórbico (2 gr intravenosa, cada día) + Ketorolaco (60 mg intravenosa, por razones necesarias) + pasarlo 30 gotas por minuto.
8. Paracetamol 500 g Vía oral, cada 8 horas
9. Informar a familiares para ayudar a la paciente a reconocer sus sentimientos haciéndoles entender que la tristeza surgirá a intervalos durante el resto de su vida y que siempre terminará siendo llevadero a medida que esta se resuelve llegan momentos de satisfacción y felicidad.
10. Terapia de afrontamiento de duelo por la pérdida, antes del alta informar y advertir a la pareja, que, durante un largo tiempo, pueden tener tanto síntomas somáticos como psicológicos tales



como pensamientos sobre el hijo perdido y, en general, sentimientos intensos. Se les debe orientar sobre publicaciones sobre el duelo perinatal y sobre posibles conflictos matrimoniales e invitarles a una comunicación mutua ya que no hacerlo es causa de desavenencias. Se les anima a que exterioricen sus sentimientos se culpabilidad, rabia, tristeza y se prepara a la familia para asumir esta descarga.

Evaluación
Lograr la recuperación favorable asegurando el bienestar físico, emocional de la paciente y la familia, para el cuidado integral con el fin de evitar complicaciones de morbilidad materna.

DISCUSIÓN

En el análisis del caso clínico de la paciente de 37 años, se observa un riesgo significativamente mayor de embarazo ectópico, lo que coincide con la observación de (PALOMINO, 2018). Según su estudio, las mujeres mayores de 35 años tienen un riesgo seis veces mayor de desarrollar esta condición en comparación con mujeres más jóvenes (18-35 años), quienes muestran un efecto protector. Este aumento en el riesgo se atribuye a la disminución de la motilidad en la musculatura de las trompas de Falopio en mujeres de mayor edad, lo que dificulta el transporte normal del óvulo y facilita la implantación ectópica.

En el presente caso clínico, la paciente con embarazo ectópico presentó amenorrea, dolor pélvico intenso y sangrado transvaginal, síntomas que concuerdan con las manifestaciones comúnmente asociadas al diagnóstico de embarazo ectópico roto. Estos hallazgos clínicos coinciden con la descripción de (Venegas Guijarro, y otros, 2024), que destacan la amenorrea como signo inicial seguido de hemorragia leve o manchado vaginal en pacientes con embarazo ectópico. Además, coinciden en que el dolor causado por la ruptura tubárica puede ser extremadamente severo, localizándose tanto en el abdomen bajo como en la pelvis, lo cual subraya la importancia de reconocer estos síntomas para un diagnóstico y manejo oportunos de esta condición médica urgente

En Ecuador afecta al 4% de las pacientes resultando 8 muertes maternas y 120 casos reportados en el 2024 en el Hospital Teófilo Dávila de Machala. Este dato se contrasta con el estudio de (Chiguay Copa, 2021), donde la prevalencia de embarazos ectópicos en el Hospital III Goyeneche, Arequipa, fue del 1.63% de un total de 3734 gestaciones en 2020, con 61 casos registrados. A pesar de las diferencias en

prevalencia, ambos estudios subrayan la gravedad y frecuencia del embarazo ectópico, especialmente en contextos hospitalarios.

La paciente presentaba factores de riesgo como, múltiples cesáreas y una esterilización quirúrgica previa. Estos procedimientos quirúrgicos pueden conducir a la formación de adherencias o daños en las trompas de Falopio, facilitando la implantación ectópica del embrión. Este hallazgo es congruente con los resultados del estudio de (Mahajan, Raina, & Sharma, 2021) quienes encontraron que un porcentaje significativo de pacientes con embarazo ectópico había sido sometido previamente a ligadura de trompas u otras cirugías tubáricas (10,3%), comparado con un menor número de casos entre los controles (2,2%). Esto sugiere que la historia de intervenciones quirúrgicas en las trompas puede aumentar considerablemente el riesgo de desarrollar un embarazo ectópico.

Se optó por el manejo quirúrgico mediante laparotomía debido a la ruptura del embarazo ectópico y la hemorragia interna significativa, con aproximadamente 200 cc de hemoperitoneo. Esta intervención consistió en una anexectomía total derecha y una salpinguectomía total izquierda para remover el embarazo ectópico y asegurar la estabilidad hemodinámica de la paciente. (Espinoza Garita, Garnier Fernández, & Pizarro Alvarado, 2021) destacan que la ruptura del embarazo extrauterino, que ocurre en aproximadamente el 15 al 20% de los casos, está asociada a una hemorragia significativa y hemoperitoneo

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico se asocia a un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad materna, especialmente en mujeres con factores de riesgo como antecedentes de cirugía tubárica y cesáreas múltiples, obesidad mórbida como en el caso de la paciente, por este motivo los profesionales de enfermería debe estar capacitados, orientados en la atención inmediata para identificar posibles complicaciones, realizar un buen diagnóstico de enfermería de manera individualizada brindando tratamiento oportuno en el abordaje del duelo perinatal con apoyo psicológico, emocional y físico y de esta manera reducir cifras de morbimortalidad materna para mejorar la salud de la paciente y promover su bienestar.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALONSO, V., & LÓPEZ, V. (2019). Embarazo ectópico. *Artículo Educativo*, 17.
- Chiguay Copa, H. A. (2021). Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el Hospital III Goyeneche, Arequipa, en el período enero - diciembre 2020.
- Cuba Barrero, J., San Martín Jaramillo, P., Moreira Gómez, K., Arpi Alcivar, A., Larrera Parra, N., Reyes Alban, L., . . . Supe Torres, C. (2023). Embarazo Ectópico. *Actualización en Ginecología*, 81-95.
- Embarazo ectópico. (Junio de 2007). *Elsevier*, 377-385. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-13106416>
- Espinoza Garita, S., Garnier Fernández, J., & Pizarro Alvarado, G. (2021). Generalidades del embarazo ectópico. *Dialnet*, 9.
- Estrella, P., & Bustillos Solórzano, M. (2022). Actualización del embarazo ectópico para atención primaria de salud. *Ateneo*.
- (s.f.). *Gacetas Muerte Materna 2023 – Ministerio de Salud Pública*.
- Hu Liang, H., Sandoval Vargas, J., Hernández Sánchez, A., & Vargas Mora, J. (20 de 11 de 2018). *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
- Llacta Ore, Z., & Mejia Nuñez, T. (2018). EFECTO DEL PROTOCOLO BASADO EN LA TEORÍA DE PEPLAU EN EL CONTROL DE ANSIEDAD EN PACIENTES PREVQUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2017. *repositorio unsch*, 1-70.
- Mahajan, N., Raina, R., & Sharma, P. (2021). Risk factors for ectopic pregnancy: A case-control study in tertiary care hospitals of Jammu and Kashmir. *Iberoamerican Journal of Medicine*, 293-299.
- Martínez Rodríguez, N. A., Bravo Mosquera, D. E., Suárez Lescano, H. B., Cuadrado Suárez, E. A., & Velásquez López, G. F. (2023). Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. *Journal of American Health*, 25-33.
- Moliner, D. B. (13 de Julio de 2022). *Instituto Bernabeu*. Obtenido de



<https://www.institutobernabeu.com/es/foro/el-embarazo-ectopico/>

PALOMINO, W. (2018). *Factores de riesgo asociados a un embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte en el período Enero - Diciembre del 2015.*

Pulcha Llerena, O., & Vivanco Hilario, S. (2024). Nursing process applied to a patient with ectopic pregnancy in a hospital in Arequipa. *A&G Editors*.

Rivera, C., Pomés, C., Díaz, V., Espinoza, P., & Zamboni, M. (2020). Actualización del enfrentamiento y manejo de localizaciones poco frecuentes del embarazo ectópico. *Scielo*, 709-724.

Venegas Guijarro, E. M., Sornoza Zavala, R. B., Villagomez Guevara, G. D., Cedeño Alcívar, P. M., Camacho SigTú, E. E., Palacio Balda, V. A., . . . Sucuy Allauca, J. (2024). *Actualización en Ginecología Vol. 10*. Quito: Cuevas Editores.

Yumbla Gálvez, G., & Lema Gualpa, J. (12 de Octubre de 2021). *Repositorio Institucional Universidad de Cuenca* . Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/36939>

