



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE ENFERMERIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA
ENFERMERIA

TEMA:

“INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LAS PACIENTES CON EMBARZO
ECTOPICO ATENDIDAS EN EL AREA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA, PERIODO JULIO 2014-JULIO
2015”

AUTORA

CEVALLOS VERA KAREN RAQUEL.

DIRECTORA DE TESIS

LCDA. MARIA INES RIOFRIO M Mg.

MANTA – MANABI – ECUADOR

2016

CERTIFICADO DEL TUTOR

Lcda.

Estelia García de López, MGs.

DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

Ciudad.

En mi calidad de directora de tesis Lcda. María Inés Riofrio M Mg docente de la facultad de Enfermería de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Certifico que he analizado el proyecto de investigación con el título: **“INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO ATENDIDAS EN EL AREA DE GIENCOLOGIA DEL HOSPITAL RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA, PERIODO JULIO 2014 A JULIO 2015”**.

Tengo bien confirmar que la estudiante Cevallos Vera Karen Raquel CON D.I 131293952-1 y de acuerdo a mi criterio cumpliendo los requisitos establecidos por el reglamento general de graduación de la Universidad laica Eloy Alfaro de Manabí. Se le autoriza la fase de lectura, presentación y defensa.

ATTE

Lcda. María Inés Riofrio M Mg

DIRECTORA DE TESIS

DECLARATORIA DE AUTORIA

Como egresada de la facultad de Enfermería, certifico que el transcurso del periodo investigativo de acuerdo a las vivencias y criterios suscrita, las expresiones fueron analizadas e interpretadas.

El trabajo investigativo no puede ser reproducido sin que se cite la ficha bibliográficas.

AUTORA

Cevallos Vera Karen



TESIS DE GRADO

Previa la obtención del título de

LICENCIADA EN CIENCIA DE LA ENFERMERÍA

Sometida a consideración de los señores miembros del tribunal de sustentación como requisito a la obtención del título de. Licenciada en Ciencias de la Enfermería.

APROBADO

Lcda. Estelia García
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Lcda. María Inés Riofrio M Mg
DIRECTORA DE TESIS

Lcda. Galina Gonzales Kadashinskaia
LECTOR IMPARCIAL

Lcda. Miriam Santos
PROF. COMISIÓN ACADÉMICA

DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación es dedicado en primera instancia a Dios por darme la oportunidad de vivir, por ser mi guía espiritual para seguir adelante y cumplir una meta más en mi vida.

A mis padres Jorge Cevallos Y Rosa Vera por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicionalmente que juntos lograron que unos de mi sueños se hiciera realidad sin importar nuestras diferencias de opiniones.

Mis hermanos Jorge Isaac Y Jorge Fabricio por apoyarme siempre que los quiero mucho, y principalmente a mi hijo Alexander Pinargote Cevallos que con su ternura amor a mama ha entendido los momentos de ausencia que me obliga a funcionar y ser cada día mejor, que lo quiero y amo con mi alma.

A mis grandes amigas Ana Catagua y Verónica Calderón, quienes me acompañaron en esta trayectoria de conocimiento y aprendizaje por tanto ellas son personas que han sido testigos de mi constante esfuerzo de superación, las quiero un mundo.

A mi tutora de tesis Lcda. María Inés Riofrio a pesar de sus ocupaciones de docencia, dedico parte de su tiempo para guiarme en la elaboración de este documento.

Mis palabras no alcanzaría para nombrar y agradecerles a todas aquellas personas tanto amigos y amigas, familia Cevallos, familia Vera han vivido conmigo la realización de esta tesis, desde lo más profundo de mi corazón agradezco por apoyarme siempre y por ellos culmine este trabajo que forma parte de un sacrificio y esfuerzo de superación.

Karen Raquel Cevallos vera

AUTORA

AGRADECIMIENTO

A Dios el cual ha sido, será mi guía espiritual.

Mi agradecimiento eterno a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí en especial a la Facultad de Enfermería , por haberme abierto las puertas y permitirme adquirir sabios conocimientos para mi formación profesional.

Al tribunal de revisión por asesorarnos durante todo estos meses en la elaboración del proyecto de investigación

A docentes de la facultad de enfermería en especial a mi tutora de tesis Lcda. María Inés Riofrio por haberme brindado su apoyo y la paciencia de guiarme en este proyecto de investigación desde inicio hasta su culminación.

“Para llegar hacer una licenciada fue un reto y un sueño en mi vida gracias a todos ustedes mil gracias”

RESUMEN

El embarazo ectópico constituye uno de las afecciones comunes de morbi-mortalidad en el campo de la ginecología y obstetricia, que requiere un diagnóstico y tratamiento óptimo y a tiempo, capaces de evitar riesgo para la vida de la paciente.

El objetivo del estudio se orienta a la intervención de enfermería en las pacientes con embarazo ectópico, atendidas en el área de ginecología del Hospital "Rafael Rodríguez Zambrano" de Manta, durante el periodo julio 2014 a julio 2015. El proyecto de investigación es de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico documental, para lo cual se toma como muestra un total de 60 pacientes con la citada afección, en el área de ginecología del hospital.

Dentro de los métodos científicos empleados sobresalen el analítico – sintético, histórico – lógico, inductivo deductivo, así como la encuesta y la revisión documental. La información fue recolectada y analizada en programa estadísticos. Los resultados alcanzados en el estudio permitieron proyectar un grupo de recomendaciones, orientadas de forma profiláctica a evitar la morbi-mortalidad materna y al buen vivir.

En conclusión la investigación se realizó mediante de citas bibliográfica de distintos autores, en las cuales fueron investigado en internet y libros nacionales e internacionales con el objetivo de profundizar sobre su fisiopatología que justifican y/o respaldan el estudio, para esto se realizó encuesta al personal de enfermería que trabaja en dicha área.

Nombres alternativos: Embarazo tubárico; Embarazo cervical; Embarazo ectópico, ligadura de trompas y urgencias ginecológicas.

SUMMARY

Ectopic pregnancy is one of the common conditions of morbidity and mortality in the field of gynecology and obstetrics, requiring diagnosis and optimal treatment and on time, able to avoid risk to the life of the patient.

The aim of the study is aimed at nursing intervention in patients with ectopic pregnancy, attended in the area of gynecology Hospital "Rafael Rodriguez Zambrano" Manta, during the period July 2014 to July 2015. The research project is of type retrospective, descriptive and analytical documentary, for which is sampled a total of 60 patients with the above condition, in the area of gynecology hospital.

Within the scientific methods used stand analytical - synthetic, historical - logical, deductive inductive and survey and document review. The information was collected and analyzed by statistical program. The results achieved in the study design allowed a set of recommendations aimed prophylactically to prevent maternal morbidity and mortality and good living.

In conclusion, the research was conducted by bibliographic citations of different authors, which were researched on the internet and national and international books in order to deepen their pathophysiology that justify and / or support the study, for this survey was conducted to staff nurses working in that area.

Alternative Names: tubal pregnancy; cervical pregnancy; ectopic pregnancy, tubal ligation and gynecological emergencies.

INDICE DE CONTENIDO

PAG

PARTE PRELIMINAR:

CERTIFICACION DE LA DIRECTORA DE TESIS	I
CERTIFICACION DE LA AUTORAIA	II
CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVICION Y EVALUACION.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
RESUMEN.....	VII
SUMARY.....	VII
INDICE GENERAL DEL CONTENIDO.....	IX
INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS.....	XI

A.TEXTO

INTRODUCCION

CONTEXTUALIZACION DE LA INVESTIGACION:

Presentación del tema.....	1
Justificación.....	2
Planteamiento del problema.....	3
Preguntas de investigación.....	4
Objetivos.....	5
Objetivos generales.....	5

Objetivos específicos.....	5
----------------------------	---

CAPITULO I

1 MARCO TEORICO

1.1 Historia.....	6
1.2 Referente a la definición.....	7
1.3 Patogenia.....	7
1.4 Clasificación del embarazo ectópico.....	7
1.4 Principales factores de riesgo.....	8
1.5 Manifestaciones clínicas.....	9
1.6 Diagnóstico referencial.....	9
1.7 Tratamiento.....	10
1.7.1 Tratamiento quirúrgico.....	11
1.7.2 Tratamiento médico versus tratamiento quirúrgico.....	11
1.8 Futuros embarazos.....	12
1.9 Complicaciones del embarazo ectópico.....	12
1.10 Objetivos de los cuidados de enfermería.....	12
1.11 Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico.....	12
1.12 Acciones de enfermería ante una intervención de embarazo ectópico.....	13
1.12.1 P. Posoperatorio.....	13
1.12.2 Cuidados emocionales.....	13
1.12.3 Evaluación.....	13

1.12.4 Intervención de enfermería.....	14
1.12.5 Razón científica.....	14
1.12.6 Prevención.....	14
1.13 Recomendaciones sobre la alimentación.....	15

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

2.1 Tipo de estudio.....	16
2.2 Población y muestra.....	16
2.2.1 Población.....	16
2.2.2 Muestra.....	16
2.2.3 Criterio de inclusión.....	16
2.2.4 Criterio de exclusión.....	16
2.2.5 Métodos de investigación empleados.....	17
2.2.6 Recursos humanos.....	17
2.2.7 Recursos Institucionales.....	17
2.2.8 Recursos humanos y Materiales y otros.....	18

CAPITULO III

3.2 Discusión.....	29
3.3 conclusión y recomendación.....	30

3.3.1 Conclusión.....	30
3.3.2 Recomendación.....	30
Bibliografía.....	31-33
Anexos.....	

**INDICE DE GRAFITABLAS
ENCUESTAS AL PERSONAL DE ENFERMERIA**

GRAFITABLA N° 1

Distribución porcentual según el nivel de formación profesional que labora en el área de Ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano PAG. 19

GRAFITABLA N° 2

Distribución porcentual según el tiempo que labora en el servicio de Ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano PAG. 20

GRAFITABLA N° 3

Distribución porcentual según la edad de las pacientes que ingresan al área de Ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano PAG. 21- 22

GRAFITABLA N° 4

Distribución porcentual según procedencia de las pacientes que ingresan con embarazo ectópico en el área de Ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano PAG. 23

GRAFITABLA N° 5

Distribución porcentual según el embarazo ectópico se presenta con más frecuencia en mujeres en el área de Ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano PAG. 24

GRAFITABLA N°. 6

Distribución porcentual según aplican los protocolos de enfermería en la atención de las pacientes con embarazo ectópico en el área de Ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano PAG. 25

GRAFITABLA N°. 7

Distribución porcentual según los factores predisponente por las que ingresan las pacientes con embarazo ectópico en el área de Ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano PAG. 26

GRAFITABLA N°. 8

Distribución porcentual según las complicaciones más frecuente que observa usted en las pacientes con embarazo ectópico en el área de Ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano PAG.27

GRAFITABLA N°. 9

estadía hospitalaria de las usuarias en el área de ginecología. PAG. 28

INTRODUCCION.

El embarazo ectópico constituye una de las principales causas de mortalidad materna durante el primer trimestre de la citada afección.

En las últimas décadas, el índice de embarazo ectópico ha aumentado en varios países de América Latina, con mayores riesgo en las mujeres nulíparas con antecedente de abortos y/o embarazos ectópicos previos.

Los principales factores de riesgo del embarazo ectópico están asociados a la inflamatoria pélvica, enfermedades de transmisión sexual, ligaduras de trompas, inicio temprano de relaciones sexuales, antecedentes etarios, antecedentes de métodos anticonceptivos en especial el Dispositivo Intra Uterino (DIU), en la que ocurre trastorno en la fecundación y la viabilidad de la implantación fuera de su sitio normal.

La incidencia del embarazo ectópico ha acrecentado la morbi-mortalidad en países de América Latina, incluyendo en países desarrollado, en especial los Estados Unidos de América, donde siguen siendo las causas más frecuentes de la morbi-mortalidad materna. En el Reino Unido se presenta el 8,3 por 1000 embarazo, en países bajos el 10,2 por 1000 embarazo nacidos vivos, pero en Suecia se incrementa con 5,8 a 11,1 por mil embarazos durante 15 años y en Noruega la incidencia aumentó de 95 por 100 000 mujeres entre 1976 y 1981 hasta 154 por 100 000 mujeres de 1988 a 1993.

En Europa de cada 100 casos de embarazo ectópico se muestra uno por cada 43 casos. En Cuba la muerte materna existente en el año 1950, se han reducido en un 78,3 %, comparado con el año 2004 (Alvarez, Minaberriet, Conceiro, Puertas, & Govín , 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que en Ecuador, la causa principal de la infertilidad en la mujer es la infección transmisión sexual

(ITS), en este caso infecciones clamidias no tratadas y acaban en enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) sintomática.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) reporta que a nivel de Ecuador se cuentan con 2.806 casos con embarazo ectópico, de ellos en la provincia de Manabí sobresalen 145 casos de embarazo ectópico.

El embarazo ectópico se encuentra en la clasificación de hemorragia del primer trimestre. Entre más pronto y con mayor calidad y fidegnidad se diagnostique, mayores posibilidades de disminución del índice de morbimortalidad materna se obtendrá. Para la recuperación de las pacientes se necesita tratamiento, cuidados especializados y personalizados, para la citada afección, con la colaboración del equipo de enfermería y del personal del área administrativa.

PRESENTACION DEL TEMA

“intervención de Enfermería en las pacientes con Embarazo Ectópico atendidas en el área de ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta, periodo julio 2014-julio 2015”

JUSTIFICACION

La organización mundial de la salud (OMS), estima que el embarazo ectópico es uno de los problemas de salud en las gestantes, en la que requiere un diagnóstico oportuno para alinear acciones y prevenir complicaciones donde se pretende el bienestar para las pacientes.

En el hospital "Rafael Rodríguez Zambrano" de Manta se dispone de datos correspondientes a 60 casos de embarazo ectópico hasta en el año 2013.

Resulta de inestimable importancia para el área de enfermería, la proyección de investigaciones tendientes a la determinación de las características clínicas y factores de riesgo en embarazo ectópico, aspecto que ha cobrado interés en el hospital "Rafael Rodríguez Zambrano" de Manta en la provincia de Manabí. De aquí la relevancia del presente estudio, pues se cuenta con recursos materiales, logísticos y humanos, entre otros; para su proyección y desarrollo, que permita dirigir de mejor manera y calidad, los cuidados con las pacientes, tendientes a una pronta recuperación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A partir de los argumentos planteados; y como consecuencia de la revisión bibliográfica y el diagnóstico situacional efectuado de forma preliminar, se delimita el siguiente problema científico:

¿Cómo mejorar la intervención de enfermería en las pacientes con embarazo ectópico que contribuya a una pronta recuperación e inserción en la vida social activa?

Mejorar la intervención de enfermería en los pacientes en el periodo preconcepcional para disminuir el índice de embarazo ectópico en la ciudad de manta

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

1. ¿Cuáles son los criterios teóricos que justifican el estudio y tratamiento preventivo del embarazo ectópico?
2. ¿Cuál es el estado actual de la citada afección en pacientes atendidas en el área de ginecología del hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta?
3. ¿Cuáles son las principales características y manifestaciones del embarazo ectópico en la población muestra del estudio?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Identificar las principales manifestaciones, factores de riesgo y causas relacionadas con el embarazo ectópico en el área de ginecología del hospital "Rafael Rodríguez Zambrano" de Manta, que permita orientar medidas de bioseguridad tendientes a la prevención de la citada afección y al buen vivir.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los factores de riesgo y causas relacionado con el embarazo ectópico en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano De Manta
2. Actualizar los protocolo de enfermería en la atención del embarazo ectópico que se aplica en el área de ginecología del hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

CAPITULO I MARCO

TEÓRICO - REFERENCIAL

1.1 Historia.

HISTORIA.

El embarazo ectópico es una causa de muerte materna

En el siglo XI fue descrito por primera vez el embarazo ectópico, hasta en el siglo XVII se describe que el embarazo ectópico era una patología generalmente fatal. John Bard informó la primera intervención quirúrgica exitosa para el tratamiento de un embarazo ectópico en la ciudad de Nueva York en 1759. La tasa de supervivencia a principios del siglo XIX era muy baja. Un informe demostró que, de un total de 30 pacientes, sólo 5 sobrevivieron a la operación abdominal. Curiosamente, la tasa de supervivencia en los pacientes que se dejaron sin tratamiento fue de 1 de cada 3 casos. (VICKEN P & ELLEN WOOD, 2007).

Albuscassi fue la primera persona que hizo la primera descripción del embarazo ectópico en el año 1063, y fue la primera persona quien describió el embarazo abdominal con feto muerto absceso, fístula y expulsión por laparotomía en el año 1594.

Gabriel Falopio (1523-1562), fundador de la anatomía moderna, fue la persona que descubrió el funcionamiento de las trompas uterinas. Seguido a Riolamus quien describe el embarazo ectópico en el año 1064. Mauriceau describió como complicación obstétrica en el siglo XVII y Duverny reporto el primer caso de gestación heterotópico y quien lo reporto como autopsia en el año 1708.

En el siglo XIX fue Lawson Taint en 1883, quien practicó la primera salpingectomía con sobrevida materna. Wynne en 1919, guiado por las orientaciones de Taint solo tuvo una mortalidad del 4,3 % en 500 casos estudiados.

Zenteno señala que en el siglo XX y XXI se describen los factores de riesgo, conductas terapéuticas radicales y conservadoras. (FERNANDEZ ARENA, 2010).

Para el embarazo ectópico es posible realizar cirugías para la intervención quirúrgica en especial la laparoscopia que permite realizar extracciones uterinas de manera precisa. (Wsndurraga)

1.2 Referente a la definición

Ectópico significa “fuera de lugar” es decir embarazo ectópico es la implantación de ovulo fuera de la cavidad uterina normal (Lambrou, Morse, & Wallach, 2001).

1.3 Patogenia

Las trompas de Falopio se alteran y transportan los gametos, es allí que predispone la implantación ectópica debido que las células se extiende hasta llegar a la cavidad uterina, la muscular, la lámina propia, la serosa y al final todo el grosor del órgano hasta alcanzar grandes vasos sanguíneos, en el ligamento ancho y todo esto es lo que provoca la hemorragia y produce el dolor. (Scoott, Gibbs, Karlan, & Arthur, 2005).

1.4 Clasificación del embarazo ectópico

- **Gestación tubárico:** ocurre en unas de las trompas de Falopio, es la más frecuente, la función de la región se localiza entre ampular, fimbrial, o ístmico.
- **Gestación intersticial:** se localiza dentro la porción intersticial de la trompa.
- **Gestación abdominal:** acontece sobre la superficie peritoneal.
- **Gestación cervical:** se sitúa en el canal cervical del útero.
- **Gestación ligamentosa:** se localiza entre las fibras del ligamento ancho.
- **Gestación heterotópico:** embarazo intrauterino normal con una gestación ectópica.
- **Gestación ovárica:** se produce en la corteza ovárica (Carrera , Silva, De Luis, & Dominguez, 2009).

1.4 Principales factores de riesgo

- **Enfermedad inflamatoria pélvica (PID).**-es causado por la infección del tracto genital, debido a las bacterias que irradian de la vagina o de la cerviz en la matriz, las trompas de Falopio y los ovarios.
- **La endometriosis.**- es una afección en la cual aparece y crece el tejido endometrial en varias partes del cuerpo en especial en la cavidad uterina en la cual altera las trompas o en el espacio tubo-ovárico (Rubio, 2010).
- **Enfermedades de transmisión sexual (ITS).**- la causa más frecuente de la infección es la chlamydia o gonorrea, puede aumentar el riesgo del embarazo ectópico debido a los múltiples de compañero sexuales. (Mandal, 2014).
- **Ligadura de trompas.**- aumenta el riesgo de un embarazo ectópico, al igual que otras operaciones como la apendicetomía, que pueden provocar el desarrollo de adherencias peritoneales.
- **Antecedentes de embarazo ectópico anterior.**- después de una historia de embarazo anterior y aumenta riesgo a futuro.
- **Tabaquismo y alcoholismo.**- ingerir bebidas alcohólicas y la inhalación de humo, disminuye la actividad contráctil uterina y tiende a la posibilidad de tener embarazo ectópico (Rostro, 2015).
- **Antecedentes etareos.**- en Mujeres mayores de 35 años, tiene un riesgo de un embarazo ectópico a comparación con mujeres de 15 a 24 años. El envejecimiento, genera la pérdida progresiva de la actividad mioeléctrica encargada de la actividad propulsora a lo largo de la trompa de Falopio
- **Antecedentes de uso de algunos métodos anticonceptivos.**- ciertos métodos anticonceptivos, específicamente estrógenos y progesterona, el uso de la píldora poscoital o anticonceptivo de emergencia, la mujer que se somete a fecundación in vitro o utilizan un dispositivo intrauterino (DIU) con progesterona, es efectivo para prevenir el embarazo pero tiene lugar de concepción en una mujer y tiene mayor riesgo de (EE), porque hace más lento el movimiento normal del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio y conllevar a esta patología. (Fernandez & Borda, s.f).

1.5 Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas pueden oscilar desde el sangrado vaginal suelen ser identificados como:

- Amenorrea
- Dolor en la fosa iliaca derecha o izquierda
- Sangrado vaginal manchas oscuras como barras de café.
- Prueba de embarazo positivo.

Si presenta ruptura y sangra, los síntomas pueden empeorar. Estos pueden abarcar:

- Hipotensión
- Real de muerte.
- Dolor en el área del hombro.
- Dolor agudo, súbito e intenso en la parte inferior del abdomen (Tango, 2014)

1.6 Diagnóstico referencial

Las pruebas concebidas dentro del diagnóstico son dos, primeramente los altos niveles de gonadotropina coriónica humana y la ecografía transvaginal, que es la que acaba de confirmar el diagnóstico.

Otro método es la laparoscopia, es el “estándar de oro”, por ser invasivo se reserva para los casos que no se ha logrado llegar al diagnóstico con los dos iniciales y en los que está determinado el manejo quirúrgico. (Bacerra, 2013).

Determinaciones seriadas de la fracción beta de gonadotropina coriónica humana (β -HCG).

Se relaciona con el análisis de inmunodeficiencia ligada de enzimas (ELIZA), esta nos permite a distinguir que en la orina y el suero los niveles de β -HCG en el embarazo son muy bajos, desde 20 hasta 1 m UI/ml. El 85% del embarazo

intrauterino o ectópico tienen producción alterada de β -HCG. La β -HCG dejan de aumentar con normalidad junto con una cifra baja de progesterona sérica, estos resultados se emplean después de legrado uterino.

Cada casa de salud se identifica sus propias cifras β -HCG.

Ultrasonografía.- Se diagnostica por vía vaginal o abdominal por medio de la ultrasonografía se detecta de manera exacta el embarazo intrauterino o ectópico con una cifra mayor de β -HCG 1500 m UI/ml.

Las determinaciones seriadas β -HCG junto con la ultrasonografía transvaginal con un 95% predicen el embarazo ectópico (Heard & Buster, 2005).

Culdocintesis.- esta prueba consiste en la identificación del hemoperitoneo en caso de un embarazo ectópico roto, se realiza mediante la introducción de una aguja espinal de 20 G a través de forómen vaginal posterior en el fondo del saco, se lo realiza para extraer cualquier líquidos ya sea, coágulos de sangre antiguos o líquido sanguinolentos que no coagula.

Legrado.- se lo realiza cuando los niveles de progesterona es menor de 5 ng/ml, con hCG en aumento anormal, y niveles menores de 2.00 mUI/ml se lo realiza cuando no se haya detectado mediante una ecografía transvaginal. Mediante este procedimiento se identifica si el aborto es incompleto (Pearson & Van, 2005).

1.7 Tratamiento

Toda mujer con diagnóstico de embarazo ectópico debe ser hospitalizada con tratamiento médico o quirúrgico según la semana de gestación. (Marnet, 2013).

El objetivo del tratamiento del embarazo ectópico, es preservar al máximo la fertilidad futura. En las mujeres operadas por embarazo ectópico muestra que la fertilidad disminuye al tiempo que aumenta el riesgo de volver a tener un embarazo ectópico tanto en la misma trompa como en la trompa contralateral (Viloria, 2010).

1.7.1 Tratamiento quirúrgico

Es un procedimiento que permite extirpar el embarazo anómalo en este caso la laparoscopia.

Salpingostomia.-es un procedimiento que se realiza en una gestación ectópica en este caso cuando las trompa no está obstruida o se realiza en un embarazo ectópico de un centímetro no roto. (Pazmiño & Andrade, 1999)

Laparoscopia.- el medico profesional utiliza video-cámara más instrumento que permita realizar el procedimiento, en la cual consiste en extirpar incisiones en la parte inferior del abdomen. Se introduce la cámara video donde se muestra en una pantalla en el quirófano mediante la observación, el medico extirpa lo afectado mediante la electrocoagulación.

En caso si las hormonas se encuentran elevada indica que, no se extrajo completamente aquella incisión extirpada, en estos casos debería realizar una nueva intervención quirúrgica o tal caso suspender el tratamiento metotrexate. (Hirsch, 2012).

Tratamiento médico

Consiste en la administración intramuscular de metotrexato.

Metotrexato.- es un antagonista del ácido fólico consistente en la disminución de la B-HCG al 15% en 48 horas o hasta que se administren 4 dosis (Metotrexate en los días 1,3, 5 y 7.), su tratamiento es igual a un quirúrgico.

1.7.2 Tratamiento médico versus tratamiento quirúrgico

En la teoría indican que en los estudios de investigación, diferenciaron que el tratamiento quirúrgico indica que es inferior al tratamiento metotrexato, el metotrexato es menos costoso pero efectivo más que el quirúrgico, en estos caso cuando no se requiere de una laparoscopia (Barnhart, 2011).

1.8 Futuros embarazos

Para tener futuros embarazo sin complicación es importante de tomar tiempo y determinar las posibles causa del embarazo ectópico, en estos casos son tratable y se previenen como las enfermedades de transmisión sexual o el dispositivo intrauterino mal ubicado, se recomienda en caso de tener futuro embarazos que podría empezar a partir del tercer o el sexto mes después de la recuperación del embarazo ectópico, siempre y cuando no tenga problemas de fertilidad (Araya, 2013).

1.9 Complicaciones del embarazo ectópico

Unas de las complicaciones que presentan en el embarazo ectópico se determina con: anemia aguda y shock hipovolémico, para detener la hemorragia deberá realizar la extirpación de trompa.

1.10 Objetivos de los cuidados de enfermería

- Asimilar su proceso y conocer la posible consecuencia respecto a su capacidad reproductora.
- Expresar sus penas en la pareja, y saber que el proceso de dolor dura varios meses (Torrens & Martinez , 2012).

1.11 Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico

El embarazo ectópico se define como la implantación del ovulo fuera de la cavidad uterina, es decir ocurre a nivel del sistema reproductivo femenino, aunque su sitio más frecuente es la trompa de Falopio, y es ahí que se convierte en embarazo ectópico. Toda mujer con diagnóstico de embarazo ectópico a nivel de la trompa de Falopio, si no es diagnosticada o no se trata a tiempo sus consecuencia es grave que provoca la ruptura tubárico o hemorragia intraabdominal.

La literatura indican que los tratamiento para un embarazo ectópico debe ser inmediato, es factible y no es costosa, por lo tanto hay opciones como tratamiento

quirúrgica como laparoscopia, Salpingostomia y tratamiento médico con metotrexato sistémico que se utiliza cuando los niveles de β -HCG son muy bajos y ausencia de hemorragia, en la actualidad no ay una evaluación exacta sobre el manejo de expectante del embarazo ectópico tubárico (Hajenius, Mol, Mol, Bossyt, Ankum, & Veen, 2009)

1.12 Acciones de enfermería ante una intervención de embarazo ectópico

Apoyar a la paciente sobre el embarazo ectópico. Explicar la prueba diagnóstica si hay ruptura de trompa de Falopio: canalización intravenosa (sangre, extensores plasmáticos).

1.12.1 P. Posoperatorio

- Signos vitales.
- Control de ingesta y eliminación.
- Evitar el consumo oral (sólidos y líquidos).
- Registrar el número de toallas sanitarias.
- Antibiótico en amplio espectro si lo determina el médico.

1.12.2 Cuidados emocionales

- Facilitar una adaptación eficaz.
- Información de la causa del embarazo ectópico.

1.12.3 Evaluación

- Comprender su estado y alternativas de tratamiento.
- Evite el desarrollo de complicaciones.
- Acepte la pérdida de su hijo.
- Diagnóstico de enfermería.
- Déficit del volumen liquido r/c la hipovolemia producida por la hemorragia transvaginal.
- Patrón Actividad y ejercicio, problema hemorragia transvaginal.

1.12.4 Intervención de enfermería

- Signos vitales.
- Control de sangrado transvaginal.
- Análisis de laboratorio, Bh y etc.
- Acceso venoso periférico con grueso calibre.
- Manejo de electrolitos/ líquidos.

1.12.5 Razón científica

- Para determinar si existe hipotensión producida por las hemorragias que puede llevar a un shock.
- controlar perdidas vaginales, mediante el cambio de paños.
- Para determinar los valores su volumen hemático, en caso de ser necesario cirugías, también determinaremos su tiempo de coagulación y saber su tipo de sangre en caso de que se necesite transfusión.
- Por medio de un catéter calibre G18, podemos difundir líquidos parenterales según necesidad y así reponer pérdidas o administrar expansores plasmático.
- Administrando soluciones prescripta por el médico y así llevar un control de líquidos/ electrolitos sin permitir que existan un desbalance hídrico. (AZAÑERO, 2010).

1.12.6 Prevención

Después de la intervención:

- Después de la intervención quirúrgica es necesario recomendar sobre el aseo personal para evitar infecciones.
- Después del baño diario, realizar curación de la herida quirúrgica diaria, aplicarse en la herida antiséptico (clorhexidina o povidona yodada).
- Para la retirada de puntos de la sutura de su herida quirúrgica acuda a su centro de salud el día indicado en su informe de alta y que normalmente

será del 7º al 10º día tras su operación. Si coincidiera el día de la fecha propuesta con domingo o festivo se le retirarían los puntos de sutura en el día posterior.

- Puede sangrar como si tuviera su regla durante 1 semana aproximadamente.

1.13 Recomendaciones sobre la alimentación

- Realizar dietas variadas (legumbres, carne, pescado, frutas, verduras).
- Evite consumir alimentos y bebidas con gas o que produzcan gases como cebollas, las zanahorias, el brócoli, el apio, la coliflor, el repollo y las coles, manzanas, los albaricoques y los plátanos, así como los zumos de uva o manzana.
- Para evitar el estreñimiento beba abundantes líquidos y consuma fruta (naranjas, ciruelas, kiwis, uvas) y verduras. (Espinoza, 2014).

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

2.1 Tipo de estudio

La investigación es de tipo descriptivo, cualitativo y retrospectivo a base de historias clínicas, ya que ofrece técnicas para obtener respuestas lo que investigue sobre la intervención de enfermería en las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el área de ginecología del hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

2.2 Población y muestra

2.2.1 Población

De 5000 paciente que ingresa al hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta, sólo 60 usuarias son pacientes con embarazo ectópico, por tanto, la población está compuesta por un total de 60 pacientes que ingresan al área de ginecología, con intervención de embarazo ectópico desde el mes de julio 2014 a julio 2015.

2.2.2 Muestra

Se trabaja con una muestra de 20 pacientes con embarazo ectópico, lo cual representa del 33,33% de la población entre adolescentes y adultas receptadas en el área de ginecología de hospital “Rodríguez Zambrano” de Manta.

2.2.3 Criterio de inclusión

Historias clínicas que contengan la información completa requerida en esta investigación, en tal caso estarán incluidas dentro de la muestra, las pacientes con embarazo ectópico en el área de ginecología del hospital “Rodríguez Zambrano” de Manta.

2.2.4 Criterio de exclusión

Historia clínicas que no estén completas en cuanto las acciones de enfermería.

2.2.5 Métodos de investigación empleados: en el estudio fueron empleados métodos del nivel teórico y métodos del nivel empírico.

- Analítico - sintético: permitieron la interpretación de los contenidos de las fuentes empleadas en el estudio.
- Histórico - lógico: se empleó en la comprensión cronológica e histórica los hechos y datos considerados en el trabajo.
- Inductivo - deductivo: empleado durante el proceso de interpretación y análisis de los resultados de la encuesta y otros datos utilizados.
- Encuesta: esta técnica facilitó la recopilación de datos y criterios necesarios para el estudio, mediante preguntas realizadas al personal que labora en el hospital "Rafael Zambrano" en Manta, entre las que se destacan especialistas, licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería e internas de enfermería.
- Revisión documental: se empleó el método a partir del estudio de las historias clínicas de las embarazadas sometidas al estudio, así como de otros datos comprobados como parte del Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (INEC).

2.2.6 Recursos humanos:

- Directora de Tesis.
- Lcda. en enfermería.
- Gerente del hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano.
- Médico especialista en Gineco-obstetra.

2.2.7 Recursos Institucionales:

- Universidad laica Eloy Alfaro de Manabí.
- Facultad de enfermería.
- Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano.
- Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (INEC).

2.2.8 Recursos humanos y Materiales y otros:

RECURSOS			COSTOS
HUMANO	MATERIAL	OTROS	
Autora de proyecto de investigación y personal de salud.	Materiales impresión de fotocopias.	Movilización.	\$ 70,00
Autora del proyecto de investigación.	Materiales de oficina e impresión y otros.	Movilización.	\$70,00
Autora de tesis	Impresiones	Movilización.	\$20,00
Autora y tutora de proyecto de investigación.	Materiales de oficina e impresión, tipado, fotocopia entre otros.	Movilización.	\$90,00
Autora y directora del proyecto de investigación	Materiales de oficina e impresión, tipado, fotocopia entre otros	Movilizaciones.	\$180,00
Autora y tutora del proyecto de investigación	Impresiones	Movilización.	\$90,00
Autora del proyecto de investigación	Impresiones, compras de materiales	Movilización.	\$200,00
			\$720,00

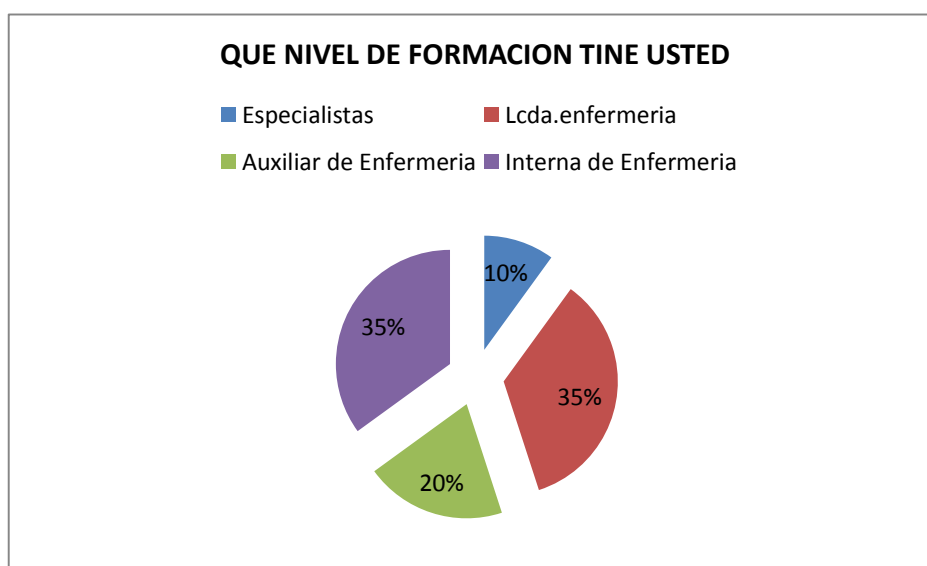
CAPITULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

GRAFITABLA #1

QUE NIVEL DE FORMACIÓN TIENE USTED.

PERSONAL DE ENFERMERIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESPECIALISTAS	2	10%
LCDA. ENFERMERÍA	7	35%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	4	20%
INTERNA DE ENFERMERÍA	7	35%
TOTAL	20	100%



FUENTES: Personal de Enfermería del área de ginecología- Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

ELABORADO POR: Karen Cevallos.

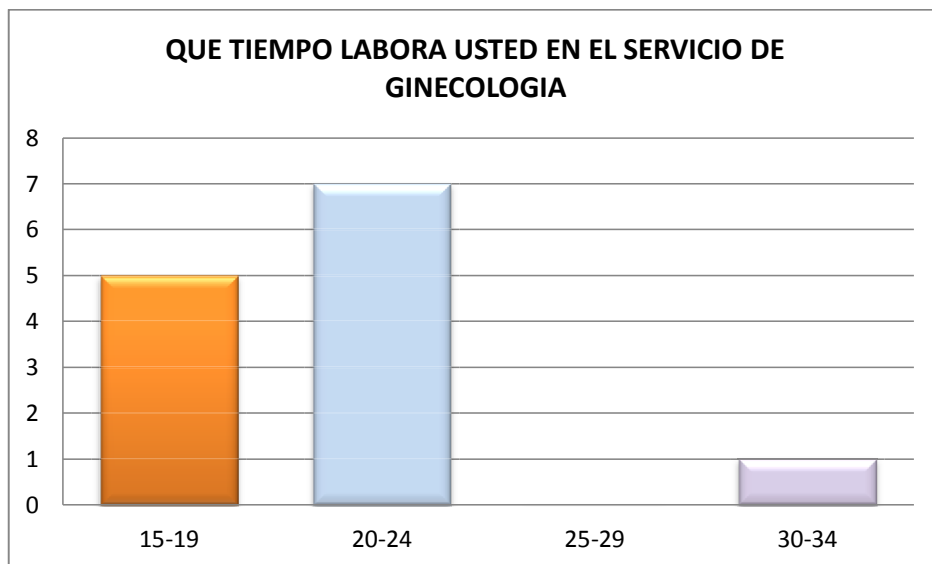
ANÁLISIS: la tabla No.1, relacionada con los datos obtenidos de la primera pregunta de la encuesta, los mayores porcentajes en relación al nivel de formación profesional se encuentran entre las licenciadas de enfermería y los estudiantes internos/as de la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de

Manabí, con un 35% en cada caso, el nivel de formación de especialista que labora en el hospital corresponde al 10% de del personal encuestados.

GRAFITABLA #2

TIEMPO QUE LABORA USTED EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA.

	frecuencia	porcentaje
Menor de un año	7	35%
2-5 años	9	45%
6-10 años	0	0%
11 o mas	4	20%
Total	20	100%



FUENTES: Personal de Enfermería en el área de ginecología -Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

ELABORADOR POR: Karen Cevallos.

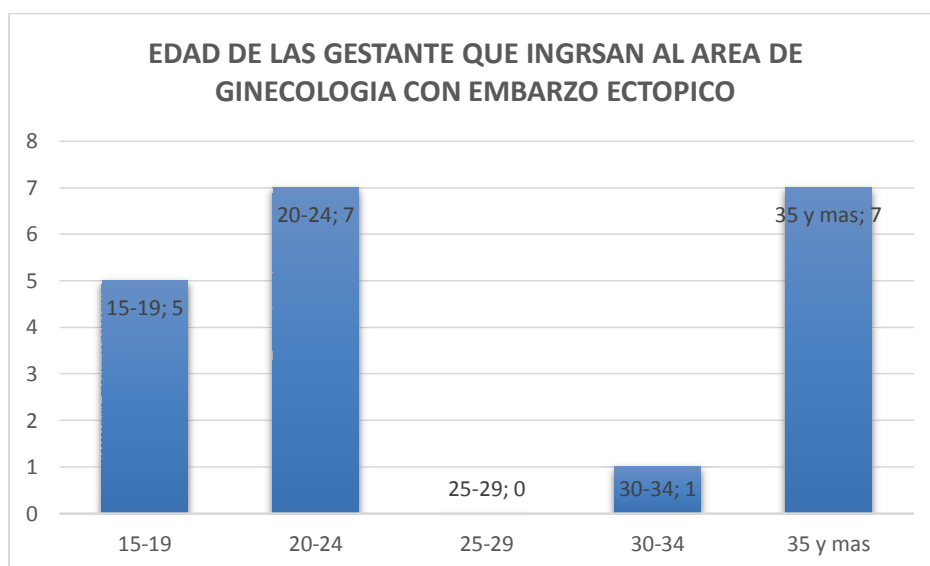
ANÁLISIS: En la tabla No.2 corresponde los años de experiencias que lleva laborando el personal de enfermería en el área de ginecología, en el que se demuestra, a partir de la segunda pregunta de la encuesta, que la mayor cifra corresponden al rango entre dos y cinco años, pues un total de nueve encuestadas presentan una experiencia en el área entre dos a cinco años, lo cual

representa el 45% del total. Por su parte sobresale que cuatro de las profesionales presenta una experiencia en el área de ginecología entre 11 o más años, para un 20%; y con menos de un año aparecen siete encuestadas, lo que representa un 35% del total. De acuerdo a los datos puede decirse que en el área de ginecología del hospital en el que se desarrolla el trabajo investigativo, presenta una amplia experiencia, pues 13 de las 20 encuestadas tienen 2 o más años de servicios en la citada área.

GRAFITABLA #3

EDAD DE LAS PACIENTES QUE INGRESAN AL ÁREA DE GINECOLOGÍA CON EMBARAZO ECTÓPICO

	Frecuencia	Porcentaje
15-19	5	25%
20-24	7	35%
25-29	0	0%
30-34	1	5%
35 y mas	7	35%
	20	100%



FUENTE: Personal de enfermería del área de ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

Elaborado por: Karen Cevallos.

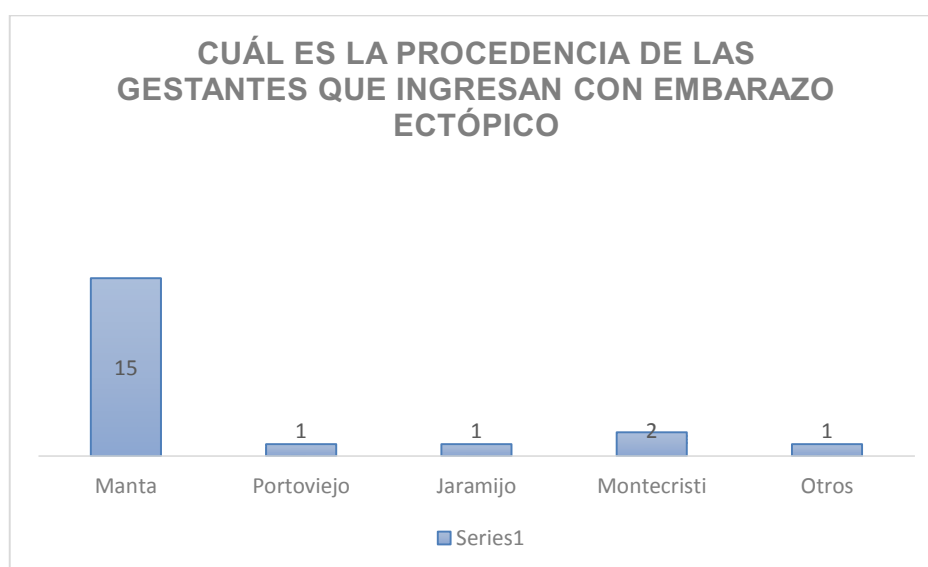
Análisis: según los datos obtenidos en la encuesta, la edad de las pacientes con embarazo ectópico que ingresan al área de ginecología, se observa entre las edades de 20 a 24 años con un 35% siendo mujeres jóvenes, y aquellas que oscilan entre las 35 y más años de edad, representando en cada caso un 35% del total de las pacientes sometidas al estudio.

Resalta el segundo de los casos citados, pues este último rango constituye una edad no propicia para la gestación, por cuanto se comprueba como uno de las principales causas del embarazo ectópico en las mujeres de la comunidad estudiada. El 25% de las 20 pacientes controladas como muestra, o sea, cinco mujeres; muestran una edad entre los 15 y 19 años, por su parte solo una de las pacientes se encuentra en el rango de 30-34 años, que representa el 5% del total, no mostrándose ningún caso en el rango 25 -29 años.

GRAFITABLA #4

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTE QUE INGRESAN CON EMBARAZO ECTÓPICO.

	Frecuencia	Porcentaje
Manta	15	75%
Portoviejo	1	5%
Jaramijo	1	5%
Montecristi	2	10%
Otros	1	5%
Total	20	100%



FUENTE: Personal de enfermería del área de ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

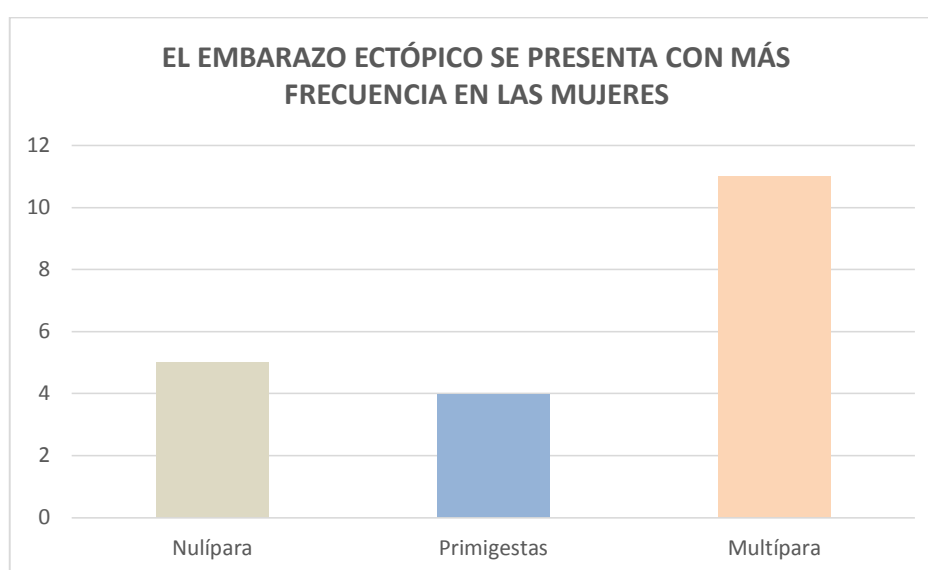
ELABORADO POR: Karen Cevallos.

ANÁLISIS: En el presente grafico nos muestra que la procedencia de las pacientes que ingresan con embarazo ectópico corresponde el 75% del cantón Manta, en Montecristi representa con el 10%, Portoviejo, Jaramijo y otros con el 5%. De acuerdo con la información se puede observar que las mujeres atendidas con embarazo ectópico son de Manta atendidas durante el periodo de agosto 2014-2015.

GRAFITABLA #5

EL EMBARAZO ECTÓPICO SE PRESENTA CON MÁS FRECUENCIA EN LAS MUJERES

	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	5	25%
Primigestas	4	20%
Múltipara	11	55%
Total	20	100%



FUENTE: Personal de enfermería del área de ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

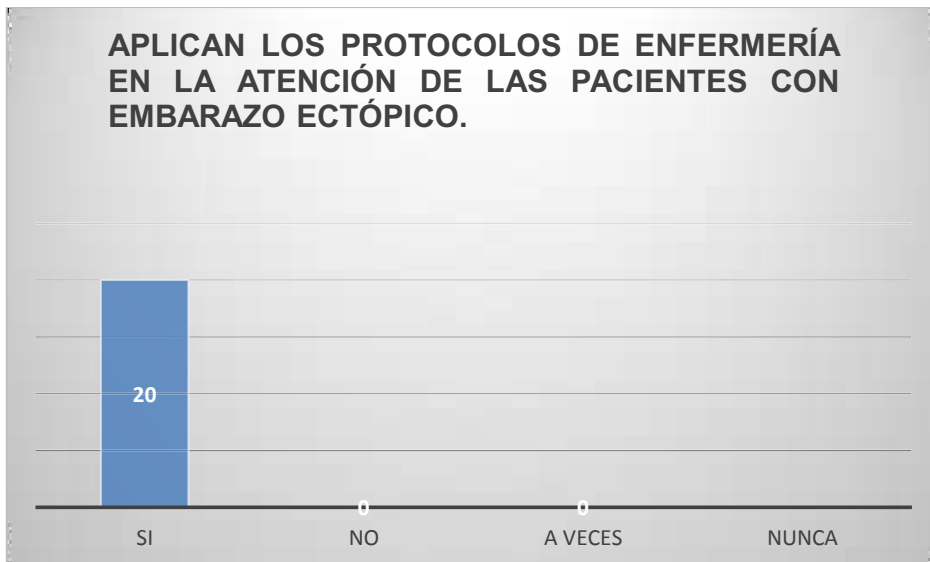
ELABORADO POR: Karen Cevallos.

ANÁLISIS: En este grafico nos indica que la mayoría de embarazo ectópico se presenta con un 55% en mujeres múltiparas, mientras que el 25% son mujeres nulípara y el 20% son primigestas.

GRAFITABLA #6

APLICAN LOS PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	100%
No	0	0%
A veces	0	0%
Nunca	0	0%
Total	20	100%



FUENTE: Personal de enfermería del área de ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

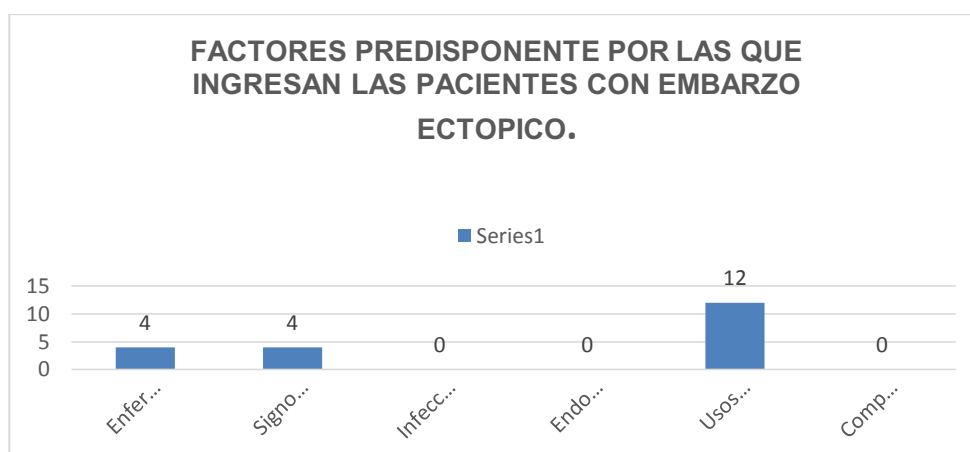
ELABORADO POR: Karen Cevallos.

ANÁLISIS: En este grafico se comprueba, que si se aplica el protocolo de enfermería en la atención de las pacientes con embarazo ectópico dando resultado el 100%.

GRAFITABLA #7

LOS FACTORES PREDISPONENTE POR LAS QUE INGRESAN LAS PACIENTES CON EMBARZO ECTOPICO.

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad inflamatoria	4	20%
Signos de shock	4	20%
Infección de trompa de Falopio	0	0%
Endometriosis	0	0%
Usos del DIU	12	60%
Complicaciones de post apendicetomía	0	0%
Total	20	100%



FUENTE: Personal de enfermería del área de ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

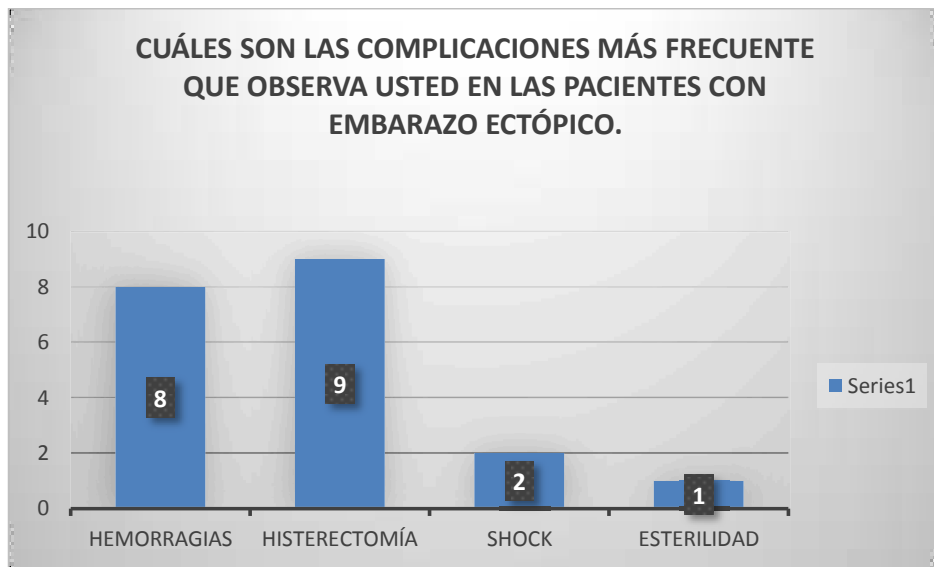
ELABORADO POR: Karen Cevallos.

ANÁLISIS: en este grafico nos indicas que unos de los factores por las que ingresan las pacientes con embarazo ectópico es por el uso del DIU dando como resultado el 60%, la enfermedad inflamatoria y los signos de shock con el 20%.

GRAFITABLA # 8

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTE QUE OBSERVA USTED EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO.

	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragias	8	40%
Histerectomía	9	45%
Shock	2	10%
esterilidad	1	5%
Total	20	100%



FUENTE: Personal de enfermería del área de ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

ELABORADO POR: Karen Cevallos.

ANÁLISIS: las complicaciones más frecuentes que se observó a las pacientes con embarazo ectópico es la histerectomía con el 45%, el 40% hemorragias, shock el 10% y la esterilidad con el 5%.

GRAFITABLA #9

ESTADÍA HOSPITALARIA DE LAS USUARIAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA.

	Frecuencia	Porcentaje
3-4 días	16	80%
5-6 días	4	20%
7-8 días	0	0%
9 o mas	0	0%
total	20	100%



FUENTE: Personal de enfermería del área de ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

ELABORADO POR: Karen Cevallos.

ANÁLISIS: en el área de ginecología se puede constatar que la estadía de las gestantes es de que corresponde de 3-4 días con 80%, y el 20% de 4 a 6 días de estadías.

3.2 DISCUSIÓN

La presente investigación fue para determinar la “intervención de enfermería en las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el área de ginecología del hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta, periodo julio 2014-julio 2015”.

Los datos fueron recolectados en bases de historias clínicas recopiladas en el departamento de estadísticas del mismo Hospital en la cual fue alcanzado de 60 historias clínicas con diagnósticos de embarazo ectópico.

En el año de estudio de la investigación según el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC) hasta el año 2014 se comprobó 50 pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta donde indica que las gestante ingresan con mayor rango está entre las edades de 20 a 24 años con el 55% siendo multíparas.

En la investigación bibliográfica indica que el embarazo ectópico tiene una alta incidencia en personas de escasos recursos económicos y que viven en zonas rurales y en especial en razas negras.

En la investigación nos indica que las procedencia de las pacientes que ingresan con embarazo ectópico la mayoría residen en el Cantón Manta con el 95 % de embarazo tubárico en la que resuelve en su mayoría quirúrgicamente, para evitar complicaciones tales como hemorragias intensa que pueda provocar la muerte materna.

En mi estudio de investigación hasta en la actualidad me encuentre a pacientes con mayor complicación debido a que fueron diagnosticadas a tiempo, en la que pude observar que tuvieron condiciones estables al momento de alta.

Durante el periodo de investigación me llamo la atención que unos de los factores por las que ingresan las pacientes con embarazo ectópico es por el uso del DIU dando como resultado el 60%, la enfermedad inflamatoria y los signos de shock con el 20%. Estaría estableciendo como factor de riesgo en el área de Ginecología en el Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano De Manta.

3.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.3.1 CONCLUSIONES

Se diagnosticó 60 usuarias con embarazo ectópico registrado en el hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

Se aplican normas de bioseguridad para evitar agentes potencialmente infecciosos que pueda perjudicar a las pacientes antes durante y después de la intervención con embarazo ectópico.

Revisar signos y síntomas para detectar el embazo ectópico y evitar complicaciones.

Aplicar el protocolo de enfermería para brindar los cuidados necesarios a estas pacientes.

3.3.2 RECOMENDACIONES

- Identificar el ingreso de las pacientes con historias con embarazo ectópico para elaborar plan de cuidados
- Aplicar normas de bioseguridad para evitar infecciones intrahospitalaria.
- Diagnostico precoz para evitar complicaciones.
- Continuar con aplicación de protocolo de enfermería en el embarazo ectópico.

BIBLIOGRAFIAS

1. Alvarez, D., Minaberriet, E., Conceiro, M., Puertas, D., & Govín, O. (s.f de s.f de 2013). *Caracterización de las pacientes con embarazo ectopico en el hospital materno "10 de octubre"*. Recuperado el 30 de 07 de 2015, de Revista Cubana de Tecnología de la salud 2013: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2013/cts131b.pdf>
2. Araya, H. (7 de 04 de 2013). *Embarzo ectopico:SINTOMAS, RIESGO Y TRATAMIENTO*. Recuperado el 10 de 08 de 2015, de Embarazo y Parto: <http://embarazoyparto.about.com/od/EmbarazosDeAltoRiesgoYComplica/a/Embarazo-Ectopico-Sintomas-Riesgo-Y-Tratamiento.htm>
3. AZAÑERO, C. (27 de 09 de 2010). *EMBARAZO ECTOPICO*. Recuperado el 29 de 01 de 2015, de SALUD Y MEDICINA: <http://es.slideshare.net/azanero33/embarazo-ectopico-5303020>
4. Bacerra, G. E. (19 de 04 de 2013). *EMBARAZO ECTOPICO METODO DE DIAGNOSTICO*. Recuperado el 20 de 07 de 2015, de PREVENTIVA WORDPRESS: <https://preventiva.wordpress.com/2013/04/19/embarazo-ectopico/>
5. Bahamonde, B. (02 de 05 de 2010). *embarazo ectopico*. Recuperado el 04 de 07 de 2015, de slideshare: <http://es.slideshare.net/bernardab/26407858-embarazos-ectopicos>
6. Barnhart, k. (12 de 09 de 2011). *Embarzo ectopico*. Obtenido de Intramed: <http://www.intramd.net/contenidolista.asp?contenidopoid=31>
7. Carrera, I., Silva, D., De Luis, N., & Dominguez, I. (2009). *PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL EMBARAZO ECTÓPICO*. Recuperado el 31 de 06 de 2015, de el sevier: <http://www.elsevier.es> el 15/09/2015.
8. Espinoza, C. (19 de 04 de 2014). *Embarzo ectopico*. Recuperado el 10 de 08 de 2015, de Es.escbd: <http://es.scribd.com/doc/219082105/embarazo-ectopico#scribd>

9. Fernandez, A. F., & Borda, R. A. (s.f de s.f de s.f). Recuperado el 08 de 07 de 2015, de Fundacion Unicversitaria San Martin: <https://fusmobgin.wikispaces.com/-+Embarazo+Ect%C3%B3pico+o+Extrauterino>
10. FERNANDEZ ARENA, D. (17 de 06 de 2010). EMBARAZO ECTOPICO SE INCREMENTA AL MUNDO. *REVISTA CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*, 37(1).
11. Hajenius, P., Mol, F., Mol, B., Bossyt, P., Ankum, W., & Veen, F. (21 de 01 de 2009). *Intervencion para el embarzo ectopico tubarico*. Recuperado el 08 de 08 de 2015, de Cochrane: <http://www.cochrane.org/es/CD000324/intervenciones-para-el-embarazo-ectopico-tubarico>
12. Heard, M. J., & Buster, J. E. (2005). *Danforth Tratado Ginecologia y Obstericia* (Vols. ISBN:0-78-17-3730-3). (J. R. Scott, B. Y. Karlan, A. F. Haney, R. S. Gibbs, Edits., F. Garcia, & J. Orizaga, Trad.) Mexico, Mexico: Alejandro Bravo Valdez.
13. Hirsch, L. (s.f de 01 de 2012). *embarzo ectopico*. Recuperado el 01 de 08 de 2015, de Kids Health: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/ectopic_esp.html#
14. Lambrou, N. C., Morse, A. n., & Wallach, E. E. (2001). *Johns Hopkinsa Ginecologia y Obstetricia*. España, España.
15. Mandal, A. (24 de 06 de 2014). *¿QUE CAUSA EL EMBARAZO ECTOPICO?* Recuperado el 01 de 07 de 2015, de News medical: <http://www.nhs.uk/conditions/Ectopic-pregnancy/Pages/Introduction.aspx>
16. Marnet. (14 de 06 de 2013). *EMBARAZO ECTOPICO*. Recuperado el 20 de 07 de 2015, de EMBARAZO ECTOPICO SINTOMAS: www.aiu.edu
17. Pazmiño, E., & Andrade, A. (1999). *Embarazo ectopico* (Primera ed.). Quito, Pichincha, Ecuador.
18. Pearson, J., & Van, J. (2005). *Jhons Hpkings Ginecologia y Obstetra* (2end ed. ed.). (B. J. Bankowski, A. E. Hearne, N. C. Lambrou, H. E. Fox, E. E. Wallach, Edits., & M. Garcia, Trad.) Madrid, España.
19. Rostro, M. (s.df de 02 de 2015). *embarazo ectopico*. Recuperado el 05 de 07 de 2015, de Secretaria de salud issea:

<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/324/398509.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Rubio, T. (09 de 01 de 2010). *Causa ddel embarazo ectopico*. Recuperado el 02 de 07 de 2015, de Reproduccionista asistidas:
<http://www.reproduccionasistida.org/causas-del-embarazo-ectopico/>
21. Scoott, J. R., Gibbs, R. S., Karlan, B. Y., & Arthur, H. F. (2005). *Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecologia*. Mexico, Mexico.
22. Tango. (24 de 02 de 2014). *Embarazo ectopico*. Recuperado el 01 de 07 de 2015, de Medline Plus: <http://nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ectopicpregnancy.html>
23. Torrens, R. M., & Martinez , C. (2012). *Enfermeria Obstetrica y Ginecologica* (Vol. Enfermeria Obstetrica y Ginecologica). Barcelona, España.
24. VICKEN P, S., & ELLEN WOOD. (s.f de 08 de 2007). <<ectopic pregnancy>>. *Obstetrics and Gynecology (en ingles)*. Recuperado el 01 de 06 de 2015, de MEDICINE.com: http://es.wikipedia.org/wiki/embarzo_ect%b3pico/historia
25. Vilorio, Y. (11 de 12 de 2010). *EMBARAZO ECTOPICO*. Recuperado el 09 de 08 de 2015, de SU MEDICO MUJER:
<http://www.sumedico.com/index.php?seccion=mujer>
26. Wsndurraga, N. (s.f.). *Laparoscopia Ginecológica Avanzada*. Recuperado el 06 de 01 de 2016, de
<http://www.nestorwandurraga.com/secciones.php?seccion=Mw==&subseccion=MTM=>

ANEXOS



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD DE ENFERMERIA

Tema: “Intervención de enfermería en las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el área de ginecología del hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta en el periodo de agosto 2014-2015”

La presenta encuesta va dirigida al personal de enfermería que labora en el servicio de ginecología, para la realización de estudio previo a la obtención del título de licenciada de enfermería.

NOTA:

Certifico que he sido informado sobre el propósito de esta encuesta por lo que autorizo a la Egresada de enfermería Srta. Karen Raquel Cevallos Vera el uso de los datos proporcionados exclusivo de su trabajo de titulación para constancia de lo al final de este documento mi firma y numero de cedula.

1. QUÉ NIVEL DE FORMACIÓN TIENE USTED

Especialistas

Lcda. Enfermería.

Enfermera

Interna de enfermería.

2.-QUE TIEMPO LABORA USTED EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA

Menos de 2 años

6 a 10 años

11 a 15 años

16 o más

3.- CUÁL ES LA EDAD DE LAS PACIENTES GESTANTE QUE INGRESAN AL ÁREA DE GINECOLOGÍA CON EMBARAZO ECTÓPICO

15-19

20-24

25-29

30-34

35 Y Más

4.- DE QUE PROCEDENCIA INGRESAN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO

Manta

Portoviejo

Jaramijo

Montecristi

Otros

5.- EL EMBARAZO ECTÓPICO SE PRESENTA CON FRECUENCIA EN LAS USUARIAS:

Nulípara

Prim gesta

Multípara

6.-APLICAN LOS PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO.

Si

No

A veces

Nunca

7.-MARQUE CON UNA X LOS FACTORES PREDISPONENTE POR LAS QUE INGRESAN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO

Enfermedad inflamatoria

Infección previa de trompas

Signos de shock

Endometriosis

Uso del DIU

Complicaciones de post cirugías apendicetomía

8.- CUALES SON QUE COMPLICACIONES OBSERVA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS CON EMBARAZO ECTÓPICO.

Hemorragias

Histerectomía uterina

Shock

Dolor

Esterilidad

9.- CUÁL ES LA ESTADÍA DE LAS USUARIAS EN EL ÁREA

3-4

5-6

7-8

9 o más

RECOPIACION DE DATOS







Protocolo de atención en el embarazo

Numerosos factores de riesgo para la salud de la madre y el niño pueden ser identificados durante la atención prenatal y muchos de ellos son prevenibles o modificables.

Embarazo de alto riesgo

Envío al segundo nivel de atención

Embarazo de riesgo intermedio

Atención prenatal por el médico familiar

Embarazo de bajo riesgo

Atención prenatal por Enfermera materno infantil

ACCIONES	Primera consulta (con médico familiar)	Segunda consulta (con médico familiar)	Consultas subsiguientes (con médico familiar o EMI)
Diagnóstico-terapéuticas	Historia clínica, cálculo del riesgo obstétrico, Peso, talla, tensión arterial, examen pélvico, Ácido fólico 5 mg vía oral cada 24 horas, sulfato o fumarato ferroso 100 mg vía oral 3 veces al día, BH, QIS, EGO, VDRL, grupo sanguíneo y Rh.	Interpretar resultados de laboratorio, actualización del riesgo obstétrico, peso, tensión arterial foco fetal, fondo uterino, urocultivo entre las 12 y 16 semanas de edad gestacional para detección de bacteriuria asintomática.	Actualización del riesgo obstétrico, peso, tensión arterial, fondo uterino, foco fetal, movimientos fetales, detección de edema y sangrado transvaginal, BH, E.G.O. entre las semanas 18 a 20 y 32 a 34, Glucemia entre las semanas 24 a 28.
Preventivas	Primera dosis de toxoide tetánico, diagnóstico oportuno de cáncer, detección de VIH en sujetos con riesgo.	Segunda dosis de toxoide tetánico	
Educativas	Dieta variada de acuerdo con la disponibilidad local de alimentos, uso de zapato bajo, caminata de 30 minutos tres veces a la semana, técnica de cepillado dental y sus beneficios.	Control o modificación de factores de riesgo modificables, identificación de signos de alarma, orientación de conductas en caso de signos de alarma.	Continuar modificación de factores de riesgo y vigilancia de signos de alarma, fomento de la lactancia materna, apoyo para la elección y aceptación de un método de planificación familiar.

Atención profesional del parto.

Todo parto debe ser atendido por un profesional para evitar complicaciones.



Después del parto Usted y su niño deben acudir mes a mes al control médico.



RECUERDE

Si se controla el embarazo mes a mes evitara complicaciones en el parto.

No realice trabajos forzados ni tenga contacto con enfermos infectocontagiosos.

Durante el embarazo fumar y consumir bebidas alcohólicas causan daño a la madre y al niño.

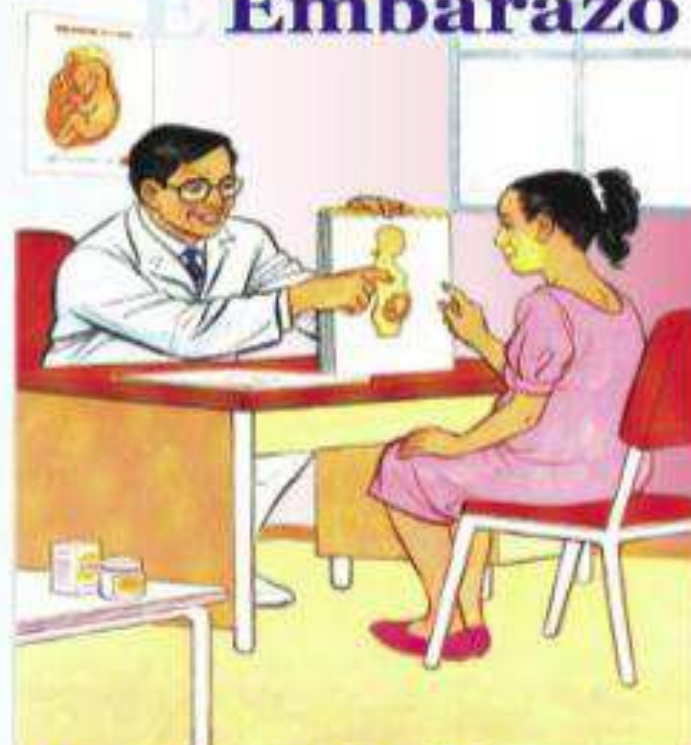
No automedicarse.

Los embarazos antes de los 18 y después de los 35 años ponen en peligro la salud y aún la vida de la madre y el niño.

Debe cuidarse por lo menos dos años para no salir embarazada.

Planifique su familia, los métodos anticonceptivos son gratuitos en los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública.

Cuidados en el Embarazo



Protegen la vida de la madre y el niño.



Ministerio de Salud Pública