

DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN LA GESTACIÓN. UN CASO URGENTE EN EL HOSPITAL DE JEREZ

AUTORÍA

Francisco José Navarro Bernal*
Almudena Barroso Casamitjana**
Ana María Peralta Domínguez***

*Matrona. C. Salud Puerta de Tierra- La Paz.

**Matrona. Hospital de Jerez.

***Matrona. Hospital de Puerto Real.

RESUMEN

El abdomen agudo es un síndrome clínico de instauración reciente y que requiere un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de tratamiento quirúrgico urgente. El dolor abdominal durante la gestación se puede deber a causas obstétricas y a causas no obstétricas que detallaremos a continuación. La pronta y adecuada actuación por parte del personal de enfermería es fundamental en estos casos, por lo que deben estar preparados y formados para poder prestar unos cuidados de calidad. En el presente artículo presentamos un caso clínico de una gestante que presenta dolor abdominal agudo en la que la causa del mismo no aparece en la literatura actual y de difícil diagnóstico. Además detallamos como debe ser la actuación de la matrona ante un cuadro de abdomen agudo y los cuidados que precisa la mujer en ese momento, a través de la exposición de un plan de cuidados.

PALABRAS CLAVE

Abdomen agudo, gestación, cuidados, dolor, matrona

TITLE

ACUTE ABDOMINAL PAIN IN PREGNANCY. IF AN URGENT JEREZ HOSPITAL

ABSTRACT

Acute abdomen pain is a recent clinical syndrome that requires a fast and accurate diagnosis facing the possibility of urgent surgical treatment. Abdominal pain during pregnancy could be due to obstetric and non-obstetric causes that we detail below. The prompt and appropriate action by the nurse staff is essential in these cases, so they should be prepared and trained to provide quality care. In this article we present you a clinical case of a pregnant having acute abdominal pain in which the cause of it does not appear on current literature and it is difficult to diagnose. Moreover we detail how the matron intervention should be facing an acute abdomen symptoms and the cares that women need at that time, through the exposure of a care plan.

KEY WORDS

Acute abdomen, pregnancy care, pain, midwife

INTRODUCCIÓN

Definición

El abdomen agudo es un síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente (generalmente de menos de 48 horas de evolución) con repercusión del estado general, que requiere de un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que sea susceptible de tratamiento quirúrgico urgente. El dolor suele acompañarse de uno o más signos de peritonismo:

- Rigidez abdominal.
- Incremento de la sensibilidad abdominal, con o sin rebote.
- Defensa involuntaria.

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en la paciente obstétrica, sin embargo los cambios fisiológicos y anatómicos que se producen en la gestación pueden producir signos y síntomas comunes tanto al embarazo como a enfermedades abdominales quirúrgicas, y representan obstáculos potenciales significativos para la evaluación apropiada de la mujer embarazada con abdomen agudo, por lo cual muchas patologías sufren retraso en su diagnóstico, lo que puede generar una morbilidad significativa, e incluso mortalidad.

Por otro lado, en la gestación avanzada los hallazgos físicos se ven muy distorsionados por alteración de las relaciones anatómicas normales y los signos clásicos de peritonitis, como el dolor a la descompresión y la defensa abdominal, pueden no estar presentes en la embarazada, probablemente debido a la laxitud de los músculos abdominales y al estiramiento del peritoneo. Sin embargo no debemos olvidar que las causas más frecuentes de dolor abdominal en la gestante son causas obstétricas, por lo que siempre debemos descartarlas previamente.

Causas debidas a patologías obstétricas

Se debe realizar diagnóstico diferencial con:

-Primer trimestre:

- Embarazo ectópico.
- Aborto espontáneo.

Segundo y tercer trimestre:

- Rotura uterina.
- Trabajo de Parto
- Amenaza de parto prematuro.
- Desprendimiento de placenta.
- Corioamnionitis.

Causas no obstétricas

Las causas no obstétricas que pueden desencadenar un cuadro de abdomen agudo son las siguientes:

- Apendicitis Aguda.
- Obstrucción intestinal.
- Colelitiasis y colecistitis aguda.
- Pancreatitis aguda.
- Gastroenteritis.
- Aneurisma abdominal roto.
- Masa anexial.

Diagnóstico

El diagnóstico del abdomen agudo es sobre todo clínico, aunque nos ayudamos con algunos procedimientos diagnósticos tales como:

- La ecografía: La realización de una ecografía abdominal resulta más dificultosa que la mujer no gestante debido al desplazamiento de los órganos que se produce.
- Laboratorio: Aunque en la gestación existe una leucocitosis fisiológica, puede ser útil la realización de hemogramas seriados. En el sedimento urinario puede existir leucocituria y hematuria.
- TAC
- Cirugía mediante la realización de una laparotomía o laparoscopia exploratoria.

Tratamiento

El tratamiento del abdomen agudo va a depender de la cual sea la causa que lo produzca. Puede ser:

- Tratamiento conservador que incluye la dieta absoluta, tratamiento analgésico, antibioterapia y tocolisis.
- Tratamiento quirúrgico mediante la realización de laparotomía o laparoscopia exploratoria o diagnóstica.

JUSTIFICACIÓN

El abdomen agudo es un síndrome que requiere un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de tratamiento urgente. La pronta y adecuada actuación del personal de urgencias es vital en estos casos, y es por ello que debe estar preparado y formado para poder prestar los mejores cuidados.

En este artículo se presenta un caso clínico de un cuadro de abdomen agudo que no está recogido en la literatura y a continuación se expone el plan de cuidados que precisó la paciente con esta patología.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados, que unifique y garantice unos cuidados de calidad a las gestantes que presenten esta patología, en la zona de urgencias.

METODOLOGÍA

Este artículo se centra en la revisión de los estudios basados en la evidencia científica existente en:

- Las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden y Medline.
- Bibliografía de Tratados de Obstetricia y Ginecología y de diagnósticos enfermeros. (NANDA, NOC, NIC)

- Protocolos existentes en los hospitales de la Comunidad Andaluza.

RESULTADO

Caso Clínico

a-Introducción al caso

Gestante de 31 años que acude a Urgencias del Hospital SAS Jerez el día 15 Abril 2014 por dolor abdominal severo. A su llegada se realiza anamnesis obteniendo los siguientes datos:

- Gestación gemelar de 33 semanas
- Embarazo por fecundación in vitro
- Gestación evolutiva acorde a 33 semanas.
- Serología negativa.

-Dolor punzante en Fosa Iliaca Derecha que aumenta con la presión.

El procedimiento que se realiza con la gestante es el siguiente:

- Se avisa a Tocólogo para valoración de la gestante.
- Se le realiza ecografía abdominal estando dentro de

los parámetros normales y registro cardiotocográfico siendo también normal. Se le prescribe Metamizol IV para analgesia del dolor. Se le cursa analítica de sangre: hemograma, coagulación, perfil hepático, iones y sedimento orina estando todos los parámetros en niveles normales.

-Ante la persistencia de dolor severo se decide realizar una ecografía abdominal por parte del servicio de radiología siendo también normal. La gestante queda ingresada en observación de urgencias tocogine, estando en todo momento monitorizados ambos fetos.

-A las cuatro horas de su estancia en urgencias, el dolor se acentúa más aun tomando la decisión por parte de los tocólogos de practicarle una cesárea, debido al origen idiopático de dicho dolor.

-La gestante pasa de observación directamente al quirófano de urgencias. Cuando se realiza laparotomía de la cavidad abdominal se encuentra una hemorragia masiva sin detectarse el origen de la misma. Se realiza la extracción de ambos fetos, nace mujer 2100 Apgar 4/5 y varón 2200 en parada cardiorrespiratoria que no se pudo reanimar. Una vez controlada la hemorragia se visualiza rotura de la arteria uterina.

-Tras varios estudios a posteriori, y sin un diagnóstico seguro, se cree que la causa de la rotura de la arteria ha sido provocada por un daño que se produjo en el endotelio vascular a la hora de realizar la punción para extracción de óvulos.

b.-Valoración de la matrona

-Dolor punzante en Fosa Iliaca Derecha que aumenta con la Palpación.

-No signos de metrorragia ni hipertónia uterina.

-RCTG: Fetos ambos reactivos durante su estancia en urgencias, ausencia de contracciones.

-Estado mental: Nerviosismo y preocupación por el origen idiopático del dolor. Tras comunicarle la muerte de uno de los fetos se percibe estado de shock y negación.

-Constantes. TA 110/60 mmHg, pulso 75 lpm.

-Tamaño del útero: acorde a embarazo gemelar.

-Eliminación: Diuresis color y cantidad normal.

c.- Plan de Cuidados de Enfermería

TABLA I: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00132) DOLOR AGUDO	(2102) NIVEL DEL DOLOR (1605) CONTROL DEL DOLOR	<p>(6650) VIGILANCIA</p> <p>(5820) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD Actividades: -Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. -Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades de la paciente. -Crear un ambiente que facilite la confianza. -Escuchar con atención. -Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre la situación estresante. -Utilizar un enfoque sereno que de tranquilidad.</p> <p>(5460) CONTACTO Actividades: -Coger de la mano a la paciente para transmitir apoyo emocional</p> <p>(1400) MANEJO DEL DOLOR Actividades: -Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. -Considerar el tipo y la fuente del dolor. -Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente. -Notificar al médico si las medidas no tienen éxito. -Realizar una valoración exhaustiva del dolor.</p> <p>(2380) MANEJO DE LA MEDICACIÓN Actividades: -Determinar los fármacos necesarios para la eliminación del dolor. -Observar los efectos terapéuticos de la medicación.</p>

TABLA II: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00035) RIESGO DE LESIÓN	(0112) ESTADO FETAL: DURANTE EL PARTO (2510) ESTADO MATERNO: DURANTE EL PARTO	<p>(6772) MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA</p> <p>(6834) CUIDADOS INTRAPARTO: PARTO DE ALTO RIESGO</p> <p>(4010) PRECAUCIONES CON HEMORRAGIAS</p> <p>(6980) ECOGRAFÍA: OBSTETRICIA</p> <p>(2930) PREPARACIÓN QUIRÚRGICA</p>

TABLA III: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00160) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS	(0504) FUNCIÓN RENAL (0601) EQUILIBRIO HIDRICO (0602) HIDRATACIÓN	(4120) MANEJO DE LÍQUIDOS Actividades: -Administrar líquidos IV a temperatura ambiente. -Administrar productos sanguíneos, si procede. -Controlar resultados de laboratorio relevantes. -Monitorizar estado de hemodinámica. -Monitorizar signos vitales, si procede. -Preparar al paciente para la administración de productos sanguíneos (comprobar la sangre con la identificación del paciente). -Realizar sondaje vesical. -Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y tensión arterial normal). (0590) MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA Actividades: -Control periódico de la eliminación urinaria. (4150) REGULACIÓN HEMODINÁMICA (6680) MONITORIZACIÓN DE LAS CONSTANTES VITALES Actividades: -Anotar cifras tensionales. -Controlar la tensión sanguínea, pulso y respiraciones. -Controlar periódicamente la oximetría del pulso. -Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel

TABLA IV: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00148) TEMOR	(1404) AUTOCONTROL DEL MIEDO	(5380) POTENCIACIÓN DE LA REALIDAD Actividades: -Mostrar calma. -Pasar tiempo con el paciente. -Presentar los cambios de forma gradual. -Evitar producir situaciones emocionales intensas. - Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos -Escuchar los miedos del paciente/familia. -Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos. - Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera. - Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.

		<p>- Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado.</p> <p>(5820) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. -Explicar todos los procedimientos. -Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. -Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. -Escuchar con atención. -Crear un ambiente que facilite confianza. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo. -Identificar los cambios en el nivel de ansiedad
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TABLA V: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00172) RIESGO DE DUELO COMPLICADO	(1304) RESOLUCIÓN DE LA AFLICCIÓN	(5294) FACILITAR EL DUELO: MUERTE PERINATAL

CONCLUSIONES

El dolor abdominal comprende un conjunto de patologías muy variadas. En la mujer gestante el dolor abdominal puede ser debido a causas obstétricas o a causas no obstétricas, las cuales hemos descrito anteriormente. En estos casos, el diagnóstico de la causa es más difícil, debido a que el volumen uterino ocupa toda la cavidad abdominal. En este artículo hemos descrito un caso muy poco frecuente y que no viene recogido en la literatura médica, de ahí la importancia de su publicación. El primer contacto que tiene la gestante en el servicio de

urgencias es con la matrona. Debido al cuadro de gravedad que se presenta, la matrona debe estar preparada y formada para poder prestar unos cuidados de calidad. En este artículo detallamos la valoración de enfermería que realizó la matrona de urgencia a la gestante con esta patología y en base a ello, hemos establecido el plan de cuidados que habría que llevar a cabo. Podemos decir como conclusión final el papel tan importante que tiene la matrona y el personal de urgencias en estos casos, ya que una rápida actuación de los mismos llevará a conseguir los mejores resultados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Gilstrap III LC, Cunningham FG, VanDorsten JP. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica, 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 2004.
- 2.- Guzman A. Dolor abdominal en el embarazo. En: Cañete Palomo ML, Cabero Roura L. Urgencias en Ginecología y Obstetricia: Aproximación a la Medicina Basada en la Evidencia. Toledo: FISCAM, 2007.
- 3.- Kilpatrick CC, Orejuela FJ. Management of the acute abdomen in pregnancy: a review. Curr Opin Obstet Gynecol, 2008; 20(6): 534-9.
- 4.- 2. Date RS, Kaushal M, Ramesh A. A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy. Am J Surg, 2008; 196 (4): 599-608.
- 5.-Carrera Macías, JM. Protocolo de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Dexeus (4ª Edición). Masson,1996.
- 6.-Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. Madrid: Elsevier.2004
- 7.-Moorhead S, Johnson M, Maas. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005
- 8.-Dochterman JM, Bulecheck G. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC).Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005