

# Calidad de la atención en salud a la mujer con aborto espontáneo: Revisión de la literatura

Quality of the attention given in health to the woman who suffers a spontaneous abortion: Literary review

Angy Lorena Meneses Parra <sup>1,a</sup>, Mildred Guarnizo-Tole <sup>2,b</sup>, Karina Díaz Morales <sup>3,c</sup>

## RESUMEN

**Objetivos:** realizar la caracterización de la literatura disponible en torno a la calidad de la atención proporcionada por el personal de salud a la mujer que vive un aborto espontáneo. **Metodología:** se efectuó la búsqueda de la literatura en las bases de datos de PUBMED, ProQuest, BioMed Central, Science Direct y Clinical Key en el periodo de tiempo comprendido entre 2010-2017. Adicionalmente, fueron implementados listados de verificación para evaluar la calidad de la información dispuesta en las publicaciones seleccionadas; solo fueron incluidas las piezas que sobrepasaron el percentil 75. **Resultados:** se identificaron cuatro categorías temáticas relacionadas con el fenómeno de estudio, que para este caso hicieron referencia a la atención integral, la comunicación y educación para la salud, la actitud del personal, sumado al ambiente físico bajo el cual se desarrolla la atención de la mujer que vive un aborto espontáneo. **Conclusiones:** se encontró un consenso sobre determinados factores a tener en cuenta en el momento de proporcionar atención, porque permiten mejorar la satisfacción con respecto a la calidad de la atención dada a la mujer ante un aborto espontáneo. En primera instancia, se resalta la necesidad de proporcionar una atención integral con alto nivel de humanización y de apoyo emocional, que involucre la participación activa de la mujer y su grupo familiar en el afrontamiento de esta difícil condición.

**PALABRAS CLAVE:** Aborto espontáneo, satisfacción del paciente, personal de salud, calidad de la atención de salud, actitud del personal de salud.

## SUMMARY

**Objectives:** To do the characterization of the existing literature about the quality of the attention given to the woman who suffers a spontaneous abortion by the health personnel. **Methodology:** it was developed a literary searching in the data base PUBMED, ProQuest, BioMed Central, Science Direct y Clinical Key from 2010-2017. Additionally, it was implemented verification lists to evaluate the quality of the information of the selected publications; also it was included the papers that overcome the percentile 75. **Results:** It was found four thematic categories related to the phenomenon of study; in this case it has to do with integral attention, the communication, health education, personal attitude and the environment where the attention to the woman who suffers a spontaneous abortion is carried out. **Conclusions:** it was found a consensus relating to the factors to bear in mind at the moment of providing this type of attention because it allows to improve the satisfaction of the attention to the woman who suffers a spontaneous abortion. In first instance, it highlights the need to afford an integral care with a high humanization level and emotional support, which involve the active participation of the woman and her familiar group in this difficult condition.

**KEYWORDS:** abortion spontaneous, patient satisfaction, medical staff, quality of health care, attitude of health personnel.

<sup>1</sup> Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque; Subred Sur Hospital El Tunal. Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Universidad de Zaragoza, España.

<sup>3</sup> Escuela de Enfermería, Universidad Veracruzana. Coatzacoalcos, México.

<sup>a</sup> Estudiante de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva.; <sup>b</sup> Profesora Asociada Doctoranda en Ciencias de la Salud y del Deporte. ; <sup>c</sup> Profesora de tiempo completo

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

### INTRODUCCIÓN

En el mundo, ocurren 44 millones de abortos cada año (1), las estadísticas proyectan que 1 de 4 mujeres ha presentado un aborto en algún momento de su vida (2), que en el 75% de los casos acontece durante el primer trimestre del embarazo (1). El aborto espontáneo (AE) es un episodio que se soluciona naturalmente y en pocas oportunidades produce morbilidades graves, pero se reconoce que su elevada incidencia sumada a la inadecuada atención termina por acrecentar el costo humano y material que se destina para su manejo. Las conferencias internacionales desarrolladas por las Naciones Unidas en pro de la calidad de vida y de la atención en salud sexual y reproductiva reconocieron las posibles consecuencias físicas y emocionales que puede llegar a generar esta vivencia en la vida de la mujer (3); si se tiene en cuenta que el periodo de posaborto es interpretado como uno de los instantes más difíciles (1) en el que es indispensable ejecutar el un abordaje integral por parte del equipo de salud interdisciplinario. No obstante, continúan siendo escasos los espacios que aseguran este tipo de atención.

El objetivo de este estudio fue realizar la caracterización de la literatura disponible en torno a la calidad de la atención proporcionada por el personal de salud a la mujer que vive un aborto espontáneo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El procedimiento implicó el desarrollo de dos fases denominadas búsqueda, y selección e inclusión (cuadro 1). Fueron identificados estudios publicados entre los años 2010-2017, en los metabuscadores de

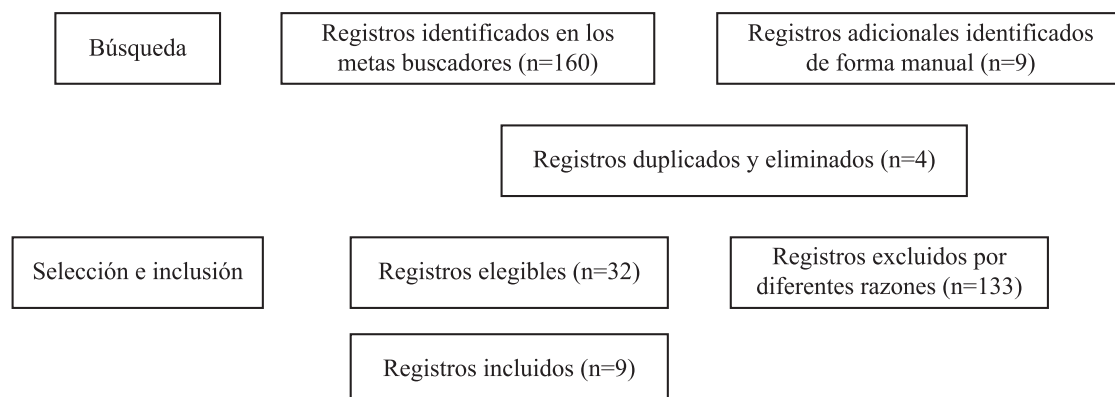
PUBMED, ProQuest, BioMed Central, ScienceDirect y Clinical Key, y también de forma manual. Los criterios de inclusión establecidos fueron I. Los hallazgos descritos debían hacer referencia a mujeres que vivieron un AE menor a 12 semanas y II. Evaluar la calidad de atención proporcionada en los servicios de gineco-obstetricia y urgencias y que hicieran mención al recurso humano que prestó la atención (médicos, enfermeras, ginecólogos y/o matronas). Posteriormente, se realizó la lectura del título y resumen de los artículos, se corroboró la veracidad de los criterios de inclusión y se procedió a la aplicación de listados de comprobación para la lectura crítica de Caspe y Strobe; solo ingresaron al estudio los artículos que superaron el percentil 75 en esta verificación (tabla 1).

### RESULTADOS

El proceso de análisis y sistematización de la información permitió la estructuración de tres categorías temáticas (tabla 2) que a continuación se describen:

**Atención integral:** La atención de calidad abarca las necesidades físicas y psicosociales de la mujer (4). Entre los factores que inciden de forma positiva en este aspecto, se encuentra el impacto que tiene la comunicación (equipo terapéutico-familia) en el bienestar de la mujer (5, 6). En determinadas oportunidades los profesionales pueden tornarse insensibles, porque no identifican la magnitud que implica vivir un AE y esto termina por generar insatisfacción durante este proceso (7).

**Cuadro 1.** Proceso metodológico de la revisión



**Fuente:** Datos del estudio

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Tabla 1. Caracterización de los estudios incluidos

Nº	Título	Año	País	Metodología	Herramienta de recolección	Muestra	Profesional
1	Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo.	2017	España	Cualitativo, fenomenológico	Entrevista	21 mujeres	Médicos y enfermeras
2	Dimensions of patient satisfaction with comprehensive abortion care in Addis Ababa.	2016	Etiopía	Cualitativo	Entrevista y grupo de discusión	450 mujeres	Médicos y enfermeras
3	Understanding the experience of miscarriage in the emergency department.	2016	Canadá	Cualitativo, fenomenológico	Entrevistas semiestructuradas	8 mujeres	Médicos y enfermeras
4	Early pregnancy loss: perceptions of healthcare professionals.	2014	Irlanda del Norte	Cualitativo	Entrevistas semiestructuradas	39 personas (médicos y enfermeras)	Médicos, enfermeras y matrones
5	Do Malawian women critically assess the quality of care? A qualitative study on women's perceptions of perinatal care at a district hospital in Malawi.	2012	África oriental	Cualitativo tipo descriptivo	Entrevistas semiestructuradas	14 mujeres	Médicos y enfermeras
6	Women's experience of early pregnancy care in the emergency department: A qualitative study.	2012	Australia	Cualitativo tipo descriptivo	Entrevistas semiestructuradas	16 mujeres	Médicos y enfermeras
7	Mobile phone messages to provide support to women during the home phase of medical abortion in South Africa: a randomised controlled trial.	2012	Sudáfrica	Aleatorizado de casos y controles	Score HADS y IBNE (evalúan ansiedad)	460 mujeres	Médicos
8	Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study.	2012	Finlandia	Aleatorizado de casos y controles	Escala STAI, cuestionario (EQ-5D, EQ-VAS)	742 mujeres	Médicos y enfermeras
9	Post abortion care quality status in health facilities of Guraghe zone, Ethiopia.	2010	Etiopía	Estudio mixto	Entrevistas y cuestionario	422 mujeres	Médicos y enfermeras

Aproximadamente, el 60% de las mujeres reporta elevados niveles de ansiedad antes de ser efectuado algún procedimiento terapéutico relacionado con el AE (8); además, la falta de privacidad y sensibilidad durante la atención pueden generar consecuencias psicológicas asociadas a la pérdida del embarazo temprano. El sangrado vaginal incrementa el estrés en el 1,6% de las mujeres que asisten a la valoración en el servicio de urgencias; por lo tanto, proporcionar privacidad se convierte en una intervención esencial (9).

**Comunicación y educación para la salud:** La calidad en este aspecto se encuentra relacionada con la atención segura y confiable que debe generarse durante la permanencia de la mujer en la institución de salud. La información dada debe ser clara y de fácil comprensión y evitar términos técnicos (5,6). Las mujeres con AE menores a 12 semanas de embarazo tienen mayor grado de satisfacción en comparación con las de mayor edad gestacional (5). Educar sobre los efectos posprocedimiento (sangrado y dolor tipo cólico) y signos de alarma post AE al egreso (7), se constituyen en factores significativos que permiten alcanzar una

**INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH**

**Tabla 2.** Categorías temáticas de la revisión

Nº	Autor (es)	Atención integral	Comunicación y educación para la salud	Actitudes del personal de salud	Ambiente físico
1	Mossie Chekol B, et al.	+	+	+	+
2	Bautista-Balbas B, et al.	+	+	+	+
3	Kumani LC, et al.	+	+	+	
4	Toffol E, et al.	+	+	+	
5	Warner A, et al.	+	+	+	
6	Constant D, et al.		+		
7	MacWilliams K, et al.		+	+	
8	Gergett B, et al.			+	+
9	Tesfaye G & Oljira L.		+	+	
<b>Distribución de los estudios según la categoría temática abarcada.</b>		<b>55,5%</b>	<b>88,8%</b>	<b>88,8%</b>	<b>33,3%</b>

Fuente: Datos del estudio

buena relación médico-paciente (6,7,10,11). Además, la información suministrada influye en la disminución de complicaciones (6,9,10), ya que es clave asesorar sobre la proximidad del periodo intergenésico, la posibilidad de procrear nuevamente, las causas del aborto, las recomendaciones y los signos de alarma a tener en cuenta durante este periodo. El seguimiento efectuado a la mujer durante la hospitalización y el egreso puede prevenir situaciones mórbidas (12); en este sentido, la implementación de mensajes de texto u otro tipo de información escrita, a partir de la cual se puedan dar ciertas indicaciones que alerten sobre la toma asertiva de decisiones, favorece a la mujer acudir a la institución de salud en búsqueda de atención según su situación lo amerite (6,8,9). La asesoría posaborto y, con ella, la anticoncepcional (9) favorece la interacción sexual de la pareja luego de un AE, asumiendo que el 30% de las mujeres espera hasta un mes para dar nuevamente inicio a su vida sexual, mientras que el 78% expresa querer embarazarse nuevamente en los próximos seis meses (13).

**Las actitudes del personal de salud:** Las actitudes positivas en los profesionales como el respeto y la amabilidad son algunos de los factores que más contribuyen a la satisfacción durante la atención (5,13). Entre las intervenciones que más reportan humanización durante la atención dada a la mujer, se reporta el esclarecimiento de la causa del AE, la priorización de la atención y el tratamiento, el acompañamiento y la oportunidad que se tenga

para poder hablar con el personal de salud sobre los sentimientos que se tienen en algún momento de la estancia hospitalaria (6,7).

Mientras que la percepción de insatisfacción con la atención recibida se presenta cuando la mujer se siente abandonada y desplazada (10) por los largos tiempos de espera, la forma como se realiza la valoración y el diagnóstico sobre su estado de salud (7, 11). Algunas veces, las mujeres no conocen el tipo de atención que deben recibir y los estándares de calidad que la fundamentan (7).

Los profesionales reconocen la necesidad de proporcionar cuidado psicológico, pese a que en los servicios donde laboran (urgencias o sala de partos) no siempre tienen las condiciones y la mujer no cuenta con el tiempo suficiente de asimilar y afrontar la noticia, ni de realizar las preguntas que puedan surgir. El lenguaje técnico no aclarado vigoriza la percepción de vulnerabilidad e insensibilidad (14), por ello es vital conversar con las mujeres sobre aspectos asociados a la forma como se produjo el embarazo, las expectativas que se tenían frente al hijo no nato y como se puede afrontar la pérdida en determinado tiempo (11). Por otra parte, las necesidades en salud mental no suelen priorizarse, pese a que es sabido que la mujer y la familia deben satisfacer este tipo de demandas (9,14). El diagnóstico temprano de complicaciones favorece el bienestar mental de la mujer durante el primer año del AE, mientras que las mujeres que reportan

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

antecedentes de enfermedad psiquiátrica y tabaquismo presentan más niveles de ansiedad y baja calidad de vida (8). Adicionalmente, se identificó que el trato dado en este evento puede ser igual o inferior a las situaciones reportadas por personas que padecen otras patologías, porque no en todas las ocasiones el AE se constituye en una prioridad para la atención integral (11).

**Ambiente físico:** Un espacio físico amable y diseñado para una debida atención, ayuda a que la mujer se sienta más cómoda; es así cómo la sala de espera y la limpieza que en ellas hay son importantes en el periodo de tiempo que se proporciona cuidado a la mujer y un estudio enuncia que en la actualidad esta condición debería ser uno de los objetivos de calidad en la atención (5,6,14); si se tiene en cuenta que este es el lugar en donde se efectúa el cuidado, se realizan diversidad de procedimientos, se informa las conductas terapéuticas y su pronóstico.

## DISCUSIÓN

Los estudios incluidos en la revisión evidencian la naturaleza de los factores que se deben considerar cuando se entrega atención en salud a la mujer con AE y su familia (9,14). En este sentido, la dinámica del servicio (14) y la sobrecarga laboral en los profesionales (médicos, enfermeras, matronas) (9) terminan por repercutir de forma directa en el fenómeno de estudio. Sobre el recurso humano, se refirió que las enfermeras son capaces de proporcionar este tipo de atención porque se encuentran en un escenario desde el cual favorecen el empoderamiento de la mujer en este proceso; mientras que los médicos generales orientan sobre el tipo de conductas que esta misma debe tener durante y de forma posterior a este evento; sin embargo, es necesario fortalecer las habilidades y competencias interpersonales y psicosociales en estos profesionales. Entre los aspectos a mejorar durante la atención, se destaca el reducir los tiempos de espera, dar información pertinente y comprensible, tener una distribución adecuada del espacio, favorecer el acompañamiento familiar, identificar y gestionar el riesgo (6). La literatura reporta que las mujeres que viven este tipo de situaciones suelen ser tratadas de forma estandarizada y no individualizada; por esto, es vital monitorear la calidad de la atención desde la perspectiva de la mujer, porque permite recoger las mejores prácticas que beneficien su salud, aclarar sus dudas y llenar sus expectativas. En general, los hallazgos exponen que cuando mejor es la atención y asesoría otorgada a la mujer, es factible identificar

en una relación terapéutica mejores canales de comunicación entre el equipo de salud y las pacientes. Otro de los aspectos que termina por incidir en la calidad de la asistencia son los conocimientos que ostentan las profesionales que participan en este escenario de vida (6).

El AE es un evento a menudo inesperado, que ha sido denominado psicológicamente traumático (15), porque influirá en lo psíquico y en mayor o menor grado puede generar alteraciones psicológicas e incluso psiquiátricas agudas o crónicas. Entre los cambios en el estado de ánimo se reportan el llanto, la tristeza y sufrimiento que terminan por ocasionar conflicto en la red próxima, lo que genera que la mujer se aisle o integre a este ambiente. Se debe informar sobre las causas que conllevaron a este evento (6), más aún si la mujer tiene antecedentes de AE en los cuales se registran malformaciones, porque generan mayor demanda asistencial y ansiedad.

La atención posaborto reviste grandes desafíos; entre los aspectos por consolidar figura la asesoría posaborto en planificación familiar, la cual debe instar a la mujer a la toma correcta de decisiones. También se insta a la implementación de un lenguaje lo más congruente posible en la relación terapéutica, teniendo en cuenta que mejorará la empatía que se tenga sobre los profesionales que le proveen atención; además, se afirma que la posición de la mujer debe corresponder a la de una persona activa, capaz de gestionar su propio cuidado. La salud mental es una dimensión que registra gran importancia (6), porque se puede verse afectada de forma posterior al AE. Los estados depresivos y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) registran mayor frecuencia en las mujeres con AI que AE (16).

Por esto, es ideal efectuar intervenciones psicológicas, que insten al manejo del duelo ante el AE; y, con ello, la percepción de la calidad de la atención, el acceso al sistema y la privacidad y confidencialidad que se amerite.

Es de gran valor comprender la experiencia de vivir este fenómeno en la vida de una mujer alrededor de los sentimientos, la identificación de los profesionales que le proporcionaron ayuda, entre otros aspectos (6). Se identifica que algunos de los obstáculos presentes en el posaborto están relacionados con la pobreza, la deficiente educación sexual, de recursos humanos y técnicos, e incluso el tipo de creencias que tenga el equipo de salud, porque otorgar atención humanizada es un deber y un derecho que tiene la mujer.



## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

### CONCLUSIONES

La revisión de la literatura evidenció la existencia de aspectos de diversa naturaleza contemplados en los contextos donde se presta asistencia en salud a la mujer con AE. Algunos de ellos se encuentran asociados a la falta de atención integral, sumada a la comunicación, la educación en salud y el ambiente institucional; que fueron percibidos como factores clave que inciden en la percepción de la calidad de la atención que tiene la mujer con este tipo de diagnóstico.

### Correspondencia:

Angy Lorena Meneses Parra

Correo electrónico: [almeneses@unbosque.edu.co](mailto:almeneses@unbosque.edu.co)

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zavotsky K, Mahoney K, Keeler D, Eisentein R. Early pregnancy loss and bereavement in the emergency department: staff and patient satisfaction with an early fetal bereavement program. *J Emerg Nurs.* 2013; 39(2): 158-161.
2. Ganatra B, Faundes A. Role of birth spacing, family planning services, safe abortion services and post-abortion care in reducing maternal mortality. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016; 36: 145-155.
3. Sell S, Atherino dos Santos E, Beatriz Velho M, Lorenzini A, Hernandez M. Reasons and meanings attributed by women who experienced induced abortion: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2015; 49(3): 495-501.
4. Córdoba JE. Evaluación de la calidad percibida del servicio en los centros asistenciales del Departamento del Choco. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas; 2014. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/45791/1/11797374.2014.pdf>
5. Mossie B, Alberta D, Andualem T. Dimensions of patient satisfaction with comprehensive abortion care in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health.* 2016; 13(144): 1-10.
6. Bautista-Balbás B, Abellán Lucas A, Gómez Moreno; Martínez Molina A. Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo. *Matronas Profesión.* 2017; 18(1): 18-25.
7. Kumbani L, Chriwa E, Malata A, Odland J, Bjune G. Do Malawian women critically assess the quality of care? A qualitative study on women's perceptions of perinatal care at a district hospital in Malawi. *Reprod Health.* 2012; 16(9):30.
8. Toffol E, Pohjoranta E, Hurskainen R, Partonen T, Mentula M. Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2016; 95(10): 1171-1180.
9. Warner A, Saxton A, Indig D, Fahy K, Horvat L. Women's experience of early pregnancy care in the emergency department: A qualitative study. *Austral Emerg Nurs Journal.* 2012; 15(2): 86-92.
10. Geller P, Psaros C, Kornfield S. Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want?. *Arch Womens Ment Health.* 2010; 13(2): 111-124.
11. MacWilliams K, Hughes J, Aston M, Field S, Moffatt FW. Understanding the Experience of Miscarriage in the Emergency Department. *J Emerg Nurs.* 2016; 42(6): 504-512.
12. Constant D, De Tolly K, Harries J, Myer L. Mobile phone messages to provide support to women during the home phase of medical abortion in South Africa: a randomised controlled trial. *Contraception.* 2014; 90(3): 226-233.
13. Tesfaye G, Oljira L. Post abortion care quality status in health facilities of Guraghe zone, Ethiopia. *Reproductive and health.* 2013; 10(35): 1-7.
14. Gergett B, Gillen P. Early pregnancy loss: perceptions of healthcare professionals. *Royal College of Midwives.* 2014; 12(1): 29-34.
15. Olson K. Health promotion: healing through loss. *J Emerg Nurs.* 2013; 39(6): 610-612.
16. Cardoso-Escamilla M, Zavala-Bonachea M, Alva-Lopez M. Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensamiento Psicológico.* 2017; 15(2): 109-120.

Recibido: 03/10/2017

Aceptado: 03/12/2017