

ABORTO. CUIDADOS DE LA MATRONA EN URGENCIAS

AUTORÍA

Francisco José Navarro Bernal.*

Almudena Barroso Casamitjana.**

Ana María Peralta Domínguez.***

*Matrona. Distrito Jerez-Costa Noroeste.

**Matrona. Especialista en Salud Mental. Hospital SAS Jerez.

***Matrona. Hospital Puerta del Mar.

RESUMEN

El aborto se encuadra dentro de las metrorragias del primer trimestre de la gestación y tiene una alta incidencia en la mujer gestante. En este artículo nos centramos exclusivamente en el aborto como patología obstétrica.

La aparición de una metrorragia, durante las primeras semanas de gestación, crea en la mujer una situación de angustia y ansiedad, que le llevan a buscar ayuda a Urgencias del Hospital. La primera toma de contacto en urgencias es con la matrona y debido a ello, esta debe estar preparada para poder asistirle y prestarle los mejores cuidados.

Este artículo recoge la definición de aborto, los diferentes tipos, su diagnóstico, tratamiento y lo más importante, las necesidades y los cuidados que requieren este tipo de pacientes con esta patología del embarazo.

PALABRAS CLAVE

Aborto, gestación, cuidados, matrona, urgencias

TITLE

Abortion. Midwife cares at emergency room

ABSTRACT

Abortion has a high incidence in pregnant women and belongs within the metrorrhagia of the first trimester of pregnancy. In this article we exclusively focus on abortion and obstetric pathology.

The appearance of a metrorrhagia during the first weeks of gestation creates in women a situation of distress and anxiety, bringing her to seek help at the Emergency room. The first contact at E.R. is with the midwife and as a result, she must be prepared to assist and provide her with the best care.

This article describes the definition of abortion, the different types, diagnosis, treatment, and most important, the needs and cares that this kind of patients with this pathology of pregnancy require.

KEY WORDS

Abortion, Pregnancy, Cure, Midwife, Emergency

INTRODUCCIÓN

Definición

El aborto se define como la expulsión o extracción de la madre de un feto o un embrión con menos de 500 gr de peso, o menos de 22 semanas completas de gestación,

independientemente o no de la existencia de signos de vida, y de que el aborto haya sido espontáneo o provocado. Se considera aborto precoz al que ocurre por debajo de las 11 semanas y tardío cuando ocurre con 11 o más.

La incidencia del aborto espontáneo, tras el diagnóstico de la gestación, es del 15-20%. Si incluimos los embarazos preclínicos (aborto tan precoz que la madre no sabe que está embarazada) aumenta a un 50%. Aumenta con la edad materna y con el antecedente de aborto, y disminuye según aumenta la edad gestacional.

Etiología

Las causas del aborto son:

- Causas embrionarias: alrededor de la mitad de los abortos se encuadran en anomalías cromosómicas en el producto de la concepción. Los más frecuentes son las trisomías, seguidas de monosomías y poliploidías.
- Causas maternas:
 - **Alteraciones uterinas:**
 - Malformaciones congénitas.
 - Insuficiencia cervical.
 - Miomas.
 - Sinéquias.
 - Alteraciones funcionales.
 - **Enfermedades generales:**
 - Infecciones agudas.
 - Alteraciones orgánicas graves.
 - Desnutrición acentuada.
 - Factores endocrinos.
 - Factores psicosomáticos.
 - **Agresiones extrínsecas:** medicamentos, intoxicaciones maternas, toxicomanías.

Formas clínicas

1.-Amenaza de aborto

Definimos la amenaza de aborto como la presencia de hemorragia, normalmente en cantidad leve-moderada, acompañada o no de contracciones uterinas, con el cérvix cerrado y el embrión vivo. Ocurre entre el 20-40% de las gestaciones. (2,3).

Diagnóstico (1)

- Exploración clínica: sangrado procedente de la cavidad uterina, cantidad variable y cérvix cerrado.
- Ecografía vaginal: permite conocer si existe una gestación intrauterina. A partir de la semana 6 de gestación se aprecia el latido cardíaco. Es la prueba diagnóstica más fiable para distinguir entre las distintas causas de sangrado del primer trimestre.
- Cuantificación de B-HCG en sangre: puede ser de utilidad en algunos casos en los que el diagnóstico no esté claro en el test de orina.

Tratamiento

El tratamiento se basa en el reposo y en la abstinencia sexual. La hospitalización se recomienda

según la cuantía de la metrorragia. La administración de progesterona natural por vía vaginal es recomendable. (3,4)

Hay ocasiones en las que existen dudas sobre si la gestación es o no evolutiva. En estos casos se realizará un nuevo control ecográfico en 7-10 días, para confirmar la viabilidad del embrión.

2.-Aborto en curso o aborto inevitable (5)

Se define como la aparición de metrorragia y/o contracciones uterinas dolorosas y alguno de los siguientes tres signos:

- Restos ovulares en vagina o parcialmente retenidos en el cuello.
- Cérvix abierto.
- Metrorragia intensa.

Diagnóstico

Se establece al observar o tectar el cuello del útero dilatado en la exploración. Generalmente la ecografía evidencia la muerte del embrión. En estas condiciones el aborto es inevitable.

Tratamiento

Requiere ingreso inmediato de la paciente. Si se trata de un embarazo del primer trimestre se realizará legrado uterino o aspiración, previa dilatación del cuello cervical.

Si se trata de un aborto del segundo trimestre:

- Si el cuello está abierto, existe una dinámica uterina instaurada y la metrorragia no es alarmante, se procurara el vaciamiento del útero mediante goteo de oxitócica.
- Si el cuello está cerrado, se procederá a la administración de prostaglandina vía vaginal.

3.-Aborto consumado

Se define aborto incompleto como la aparición de una hemorragia vaginal, dolor en hipogastrio, dilatación cervical, y la expulsión de productos embrionarios y/o placentarios.

Se define aborto completo como la expulsión en su totalidad del contenido uterino. El sangrado remite y el dolor disminuye.

Diagnóstico

Se basa en la observación o no de restos intrauterino a través de ecografía vaginal.

Tratamiento

Vaciamiento uterino mediante aspiración o legrado y oxitócicos si procede.

4.-Aborto retenido o diferido

Es aquel en el que habiendo muerto el embrión o el feto no se ha producido su expulsión. La paciente puede presentar metrorragia, dolor discreto o estar asintomática y ser un hallazgo ecográfico.

Diagnóstico

Se basa en el estudio ecográfico de una embarazada generalmente asintomática, con ausencia de signos subjetivos de embarazo. Ecográficamente se puede

visualizar un huevo huero o evidenciar la muerte embrionaria o fetal.

Tratamiento

Es preciso el estudio analítico completo del embarazo y de coagulación. Si la gestación es de 12 semanas se hará un legrado y ocasionalmente preparación con prostaglandinas y dilatadores cervicales. (6) Si la gestación está más avanzada, se recomienda la administración de prostaglandinas vía vaginal. (7)

5.-Aborto terapéutico

Se denomina interrupción voluntaria del embarazo al aborto inducido medicamente, con consentimiento de la mujer.

La ley española vigente es la "Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo".

El principio fundamental que tiene esta ley es que el aborto será libre dentro de las primeras 14 semanas de gestación, informando previamente a la mujer los derechos, prestaciones y ayudas públicas que tiene la maternidad.

Aparte de ello, se amplía el plazo para abortar hasta las 22 semanas de gestación por causas médicas, cuando concurren algunas de las siguientes circunstancias:

- Que exista un grave riesgo para la vida o salud de la embarazada;
- Que existan anomalías graves en el feto;
- Que exista presencia de anomalías fetales incompatibles con la vida, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico.

Complicaciones

1.-Aborto séptico

Generalmente ocurre en abortos incompletos con restos infectados y, excepcionalmente, en abortos con embrión vivo o diferidos. La infección no suele sobrepasar los límites del aparato genital.

Diagnóstico

Se basa en la presencia de fiebre y signos locales de infección con secreción maloliente y/o dolor uterino espontaneo.

Tratamiento

1.-Incluye el ingreso de la paciente. La obtención de una muestra uterina para cultivo se considera opcional. El tratamiento debe ir orientado a cubrir con antibióticos el espectro microbiano de aerobios y anaerobios. Una vez realizada la cobertura antibiótica se procederá a la evacuación uterina mediante legrado y oxitocina. Cabe destacar, según estudios realizados, que no hay reducción de infección con la pauta de antibióticos de manera profiláctica en todos los abortos incompletos. (7)

2.-Coagulopatias: ocurre fundamentalmente en los casos de aborto séptico o retenido.

3.-Perforación uterina: Una vez ocurrida, la conducta expectante suele ser suficiente.

4.-Sinequia uterina: Es excepcional y consecuencia de legrados excesivos.

5.-Repercusión psicológica: Cuando ocurra es preciso ampliar información y apoyo adecuado.

JUSTIFICACIÓN

El aborto es la patología con la más alta incidencia dentro de las hemorragias del primer trimestre. La palabra aborto o amenaza de aborto crea en la mujer un estado de alarma, y sobre todo si tiene malos antecedentes obstétricos, que le incitan a buscar ayuda. Debido a ello, la matrona tiene que estar preparada y saber cuáles son los cuidados que requieren este tipo de pacientes. En este artículo se estandariza y unifica los cuidados primordiales que necesitan estas pacientes.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados estandarizado, que unifique y garantice unos cuidados de calidad a las

gestantes que presenten esta patología, en la zona de urgencias de obstetricia.

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.

RESULTADOS

PLAN DE CUIDADOS (9, 10,11)

TABLA 1: PLAN DE CUIDADOS
(00153) RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL r/c: <ul style="list-style-type: none">• Pérdida del feto• Cambio en su situación de vida
CRITERIOS DE RESULTADO NOC (1302) SUPERACIÓN DE PROBLEMAS
CRITERIOS DE RESULTADO NIC (6950) CUIDADOS POR EL CESE DEL EMBARAZO Actividades: <ul style="list-style-type: none">-Preparar Física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento de aborto.-Explicar las sensaciones que podría experimentar la paciente.-Animar al ser querido que apoye a la paciente, antes durante y después del aborto.-Observar si se produce hemorragias.-Canalizar vía periférica si procede.-Observar si hay signos de aborto espontaneo.-Instruir a cerca de los signos de los que hay que informar (aumento de hemorragia, aumento de los dolores abdominales y eliminación de coágulos o tejidos.-Enseñar a la paciente los cuidados postaborto y los efectos secundarios.-Ayudar a la paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida.-Fomentar la expresión de sentimientos a cerca de la pérdida.-comprobar grupo sanguíneo materno antes del alta.-Administra Inmunoglobulina anti D si madre Rh--Ayudar a identificar estrategias personales de resolución de problemas.-Controlar periódicamente la tensión arterial-Controlar la periódicamente la frecuencia cardiaca y la temperatura
TABLA 2: PLAN DE CUIDADOS
(00148) TEMOR (DIAGNÓSTICO) Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro. R/C separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (procedimiento hospitalario) y falta de familiaridad con la experiencia. M/P aprensión, aumento de la tensión, sentirse asustado e inquietud.
CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) (1404) AUTOCONTROL DEL MIEDO -Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.
Indicadores: (140417) Controla la respuesta al miedo.
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) (5380) POTENCIACIÓN DE LA REALIDAD -Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.

-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.
- Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado.

- *DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD*

Minimizar la aprensión, temor o presagio relacionado con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- 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 3: PLAN DE CUIDADOS**(00004) RIESGO DE INFECCIÓN (DIAGNÓSTICO)**

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Factores de Riesgo:

- Procedimientos invasivos.

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)

(1908) *DETECCION DEL RIESGO*

Indicadores:

- (190801) Reconoce los signos y los síntomas que indican riesgo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

(6550) *PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES*

Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo

Actividades:

- Observar el grado de vulnerabilidad de la paciente a las infecciones.
- Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

(6540) *CONTROL DE INFECCIONES*

Actividades:

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Poner en práctica precauciones universales.
- Garantizar una manipulación aséptica de las líneas IV

(6650) *VIGILANCIA*

Actividades:

- Vigilar los signos vitales.
- Retirar e interpretar los datos de laboratorio y ponerse en contacto con el médico.
- Iniciar y/o cambiar el tratamiento médico para mantener los parámetros normales establecidos.
- Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica.

(2314) *ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA*

Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.

Actividades:

- Tomar nota del historial médico y del historial de alergia del paciente.
- Preparar correctamente el equipo para la administración de medicación.
- Mantener la esterilidad del sistema intravenoso abierto.
- Administrar la medicación intravenosa con la velocidad adecuada.
- Controlar el equipo I.V., la velocidad del flujo y la solución a intervalos regulares.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería en estos casos es primordial, ya que es el primero con el que toma contacto la paciente y establece su vínculo contándole su problema. Debido a ello, debemos estar preparados y formados para poder cuidarlas.

Con la elaboración de los planes de cuidados, nos quedan recogidas y estandarizadas las necesidades que presentan estas pacientes y las actividades que se deben de llevar a cabo con ellas, para que puedan recibir unos cuidados de calidad.

Los planes de cuidados estandarizados siempre habrá que individualizarlos, después de realizar una

valoración exhaustiva con cada una de las pacientes, porque aparte de estos diagnósticos, pueden presentar otros muchos dependiendo del estado en que se encuentre.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Daniel Muñoz Madroñal su colaboración de forma desinteresada en la traducción de artículos y textos.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Fabre González E. Manual de Asistencia a la Patología Obstétrica. Madrid. WYETH-LEDERLE; 1997: p .27-30.
- 2.-Ación P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Alicante: Ediciones Mohillo; 1998: p.348-64
- 3.-García Torón JC, Alonso RM, Moreno JC. Metrorragias del primer trimestre de gestación. En: Guía práctica en ginecología y obstetricia. Madrid: MANSEN-CILAG, 2001. P 409-416
- 4.- Wahabí H, Fallad A, Ismael S, Al Cuidan R. Progestágenos para el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 12. Art. No.: CD005943. DOI: 10.1002/14651858.CD005943
- 5.-Carrera Maciá, JM. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal. Instituto Dexeus. 3 ed, 2004.; p 124-127
- 6.- Newmann S, Dalve-Endres A, Diedrich J, Steinauer J, Meckstroth K, Drey E. Preparación cervical para la dilatación y evacuación en el segundo trimestre. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 8. Art. No.: CD007310. DOI: 10.1002/14651858.CD007310
- 7.- Nathalie Kapp, Patricia A. Lohr, Thoai D Ngo, Jennifer L Hayes. Preparación cervical para el aborto quirúrgico del primer trimestre (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 2 Art no. CD007207. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 8.- May W, Gülmezoglu AM, Ba-Thike K. Antibióticos para el aborto incompleto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 9.-Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. Madrid: Elsevier.2004
- 10.-Moorhead S, Johnson M, Maas. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005
- 11.-Dochterman JM, Bulechek G. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC).Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005