



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/185.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Actuación de la matrona ante el aborto**
Autores Esperanza Martínez Torres, Noelia Macías Peralta, Elisabeth González Sánchez
Centro/institución Hospital de Don Benito-Villanueva
Ciudad/país Don Benito-Villanueva (Badajoz), España
Dirección e-mail esperan_mt@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El sangrado durante el primer trimestre de la gestación es una de las principales causas de consulta a los servicios de urgencias, afectando al 15-25% de todos los embarazos, la mitad de éstos terminan en aborto y los otros parecen tener mayor riesgo de desarrollar complicaciones como desprendimiento de placenta, placenta previa, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer.

Definimos la metrorragia del primer trimestre como la pérdida hemática por vía vaginal durante las primeras 12 semanas de gestación. Toda metrorragia del primer trimestre es una amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario (1).

La historia clínica y el examen físico en gran parte de las pacientes logran evidenciar la causa del sangrado; es importante confirmar el origen genital y realizar examen físico completo con especuloscopia para descartar otras causas de sangrado como cervicitis, vaginitis, trauma, cáncer cervical, pólipos. Cuando la historia clínica no es suficiente, la ecografía transvaginal y la cuantificación de la β HCG permiten distinguir entre estas posibilidades diagnósticas y evaluar el pronóstico de la gestación (3).

Dentro de las causas de hemorragias del 1º trimestre se destacan: el aborto, la enfermedad trofoblástica y el embarazo ectópico.

La principal causa de hemorragias en el primer trimestre es el aborto, que se define como la interrupción espontánea del embarazo antes de la semana 22 de gestación y/o fetos menores de 500 gramos.

A su vez lo clasificamos en precoz (antes de la semana 11 de gestación) y tardío (después de la semana 11 de gestación) (2).

Del 10 al 15% de todos los embarazos acaban en la pérdida espontánea del producto de la concepción y de éstos el 75% ocurren en gestaciones menores de 8 semanas. En la sintomatología aparece metrorragia, generalmente leve, con o sin dolor en hipogastrio o de tipo dismenorreico (2)

En el 50% de los casos se debe a la presencia de una anomalía cromosómica fetal aunque también puede deberse a infección de los órganos genitales maternos, a la exposición del feto a sustancias u otros factores teratogénicos (alcohol, la cafeína, el tabaco, determinados fármacos, la radiación, etc.), al ejercicio físico muy intenso cerca del momento de la implantación del óvulo, traumatismo grave, características psicológicas maternas y a la edad de la madre en el momento de concebir (3).

Objetivo

Identificar las actuaciones de la matrona ante los diferentes tipos de abortos.

Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se realizó la búsqueda de información en MEDLINE, en EMBASE y en la Biblioteca Cochrane para publicaciones relevantes desde 1990 hasta Junio de 2016. Se restringió a artículos en español, empleando como palabras claves: matrona, aborto, amenaza de aborto.

Resultados

1. Aborto consumado

Generalmente la paciente ha presentado metrorragia pero ha dejado de sangrar. El dolor también ha remitido o puede persistir. Útero vacío con expulsión total de restos (Aborto completo). Restos intracavitarios, con línea media engrosada (Aborto incompleto)(4).

Actuaciones de la matrona:

1.1 Aborto completo: generalmente es suficiente con tratamiento médico (Metilergometrina 20 gotas/8h durante 5 días).

- Recomendar volver a Urgencias si aumenta metrorragia o dolor.
- Control por su ginecólogo de área.
- Gammaglobulina anti-D si la madre es Rh negativo.

1.2 Aborto incompleto o aborto completo con sangrado:

Ingreso y legrado (con hemograma, coagulación, grupo y Rh), previo consentimiento informado (4).

2. Aborto diferido

Generalmente la paciente acude por metrorragia o dolor. Presencia de embrión sin latido cardiaco (con un CRL mayor de 5mm.), saco gestacional desestructurado o desproporcionado con respecto al embrión.

Se habla de huevo huero o gestación anembrionada cuando no se visualiza embrión en una vesícula gestacional >25mm., pero la actitud es la misma que en el aborto diferido (4).

Actuación de la matrona:

- Ingreso para legrado evacuador o aspirado.
- Informar a la paciente y procurar el consentimiento informado para legrado.
- Se colocan 2 comprimidos de Misoprostol intravaginales 6h antes del legrado.
- Dieta absoluta (valorando sueroterapia).
- Analgesia si presenta dolor, pero pautada.
- En algunos casos puede usarse profilaxis antibiótica.
- Siempre que haya duda, sobre todo cuando el CRL sea menor de 5mm. y la metrorragia lo permita, deberá mandarse reposo domiciliario y control ecográfico en 48-72h porque puede tratarse de una gestación en curso menor que la amenorrea (5).

3. Aborto en curso

Aumento del sangrado con dolor en hipogastrio, y en la exploración el cuello está abierto con restos ovulares en vagina o en orificio cervical externo. Se observan restos intracavitarios o el saco gestacional en proceso de expulsión, en canal cervical.

Actuación de la matrona:

- Ingreso y canalización de vía periférica (con hemograma, coagulación, grupo y Rh). Pruebas cruzadas si el sangrado es muy abundante.
- Legrado uterino que deberá ser urgente si la metrorragia es muy abundante (5).

4. Aborto séptico

Además de la clínica de aborto, presenta fiebre de $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (y se descarta otro origen), con dolor en hipogastrio o anaxial, pus en OCE, y en casos más graves, signos de shock séptico.

Actuación de la matrona:

- Ingreso con control de constantes.
- Análisis urgente: hemograma, coagulación, grupo y Rh, iones, gasometría, urea, creatinina.
- Pruebas cruzadas.
- Cultivo de sangre, orina y restos ovulares.
- Sueroterapia.
- Radiografía de torax y abdomen.
- Indagar posible aborto provocado.
- Vacuna antitetánica si hay antecedentes de instrumentación.
- Antibioterapia.
- Legrado uterino una vez estabilizada (5).

5. Amenaza de aborto

Aparece clínica de aborto pero la situación es todavía reversible. Este problema asciende > 40% de las gestaciones > 20% finalizan en aborto. Los embarazos con sangrado vaginal que se prolongan más allá de 3 días presentan 3 veces más probabilidad de terminar en aborto que gestaciones con sólo 1 ó 2 días de sangrado.

Actuación de la matrona:

- Identificar las características de la hemorragia y las manifestaciones que se presenten.
- Disminuir las posibles complicaciones
- Proporcionar ayuda psicológica
- Proporcionar información y asesoramiento
- Asegurar un ambiente de intimidad
- Favorecer si es necesario un proceso de duelo ante la pérdida fetal
- Revisar la historia clínica para verificar edad gestacional, datos del embarazo y antecedentes
- Examen físico general según situación

En caso de desenlace hacia aborto en curso:

- Evaluar y recoger el material expulsado
- Colaborar según indicación médica para legrado uterino
- Acompañar y prestar apoyo emocional a la mujer y familia ante la pérdida fetal
- Evaluación continua de las manifestaciones que evidencien posibles complicaciones postaborto o postlegrado.
- Propiciar un ambiente de intimidad
- Educación sanitaria sobre: Necesidad de reposo, higiene, sexualidad, reproducción, etc.
- Informar sobre los trámites, protocolos, etc.(6).

Discusión / Conclusión

La matrona aporta un papel fundamental en el manejo y apoyo continuo de la mujer en cualquiera de las situaciones anteriormente citadas ya que es el personal encargado de proporcionar cuidados tanto físicos como emocionales.

Entre sus intervenciones principales cabe destacar la valoración de la cantidad y características de la hemorragia, toma de constantes vitales, vigilancia de signos que manifiesten pérdida sanguínea excesiva y/o de infección, auscultación de frecuencia cardíaca fetal (si procede), colaborar en todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos prescritos, proporcionar mecanismos de afrontamiento a la situación, brindar apoyo emocional a la gestante y acompañante mediante la presencia continua de la matrona, explicar todos los procedimientos que se le realicen y preparar en caso necesario a la paciente para la pérdida fetal facilitando el proceso de duelo.

Una de las preguntas más frecuentes que tienen las mujeres después de tener un aborto es cuándo pueden volver a quedar embarazada.

Según British Medical Journal:

Después de un aborto, la mujer generalmente reanuda su ciclo menstrual normal al cabo de 4 a 6 semanas, pero cualquier sangrado vaginal posterior debe ser vigilado cuidadosamente.

Es posible quedar embarazada inmediatamente, sin embargo, se recomienda que las mujeres esperen un ciclo menstrual normal antes de tratar de quedar embarazada de nuevo.

Esta recomendación se base en los aspectos fisiológicos, en la fertilidad y el cuerpo femenino.

La recomendación de la OMS se basa más en los factores mentales. Calcula que seis meses es el tiempo mínimo necesario que requieren las mujeres para recuperarse del trauma de perder a un hijo antes de que nazca al tener menos posibilidades de: sufrir otro aborto, padecer un embarazo ectópico, tener un parto prematuro, dar a luz mediante cesárea, tener un niño con bajo peso, sin embargo tendría más probabilidades de tener un parto inducido (6).

Bibliografía

1. C. Robledo and cols. Clinical indicators for success of misoprostol treatment after early pregnancy failure. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2007; 99, 46–51.
2. García Toron JC, Alonso RM, Moreno JC. Metrorragias del primer trimestre de gestación. En Lombardía J, Fernández ML editores. *Guía práctica en ginecología y obstetricia*. 1ª ed. Madrid: Grupo E. Entheos; 2001. p. 409-419.
3. Mark Deutchman and cols. First Trimester Bleeding. *American Family Physician*. 2009 Jun 1; 79(11):985-94.
4. R. H.F. Van Oppenraaij and cols. Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review. *Human Reproduction Update*. 2009; Vol.15, No.4 pp. 409–421.
5. Dr. Ignacio Zapardiel Gutiérrez, Dr. Jesús de la Fuente Valero. *Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología*. 1ªed. Madrid: Editores Habe; 2008.
6. Diana Arteaga, Nuria Ayestarán, Mª Mar Horcada, Belén Ocina, Inmaculada Serrano. *Guía de objetivos, funciones y actividades de la matrona*. Asistencia hospitalaria. Asociación Navarra de Matronas.