

ASOCIACIÓN DE CONDICIONES SOCIALES Y PARTOS DISTÓCICOS, UNA BATALLA DE VIDA, DANDO VIDA

ASSOCIATION OF SOCIAL CONDITIONS AND DYSTOCIA, A BATTLE OF LIFE, GIVING LIFE

Nancy Emilsen Daza¹

Resumen

La estrecha relación de los casos de morbilidad materna con el nivel socio económico, como causal inamovible con el paso del tiempo, plantea el interrogante como profesionales de la salud ¿Es necesario batallar diariamente contra la muerte, dando vida? Desde el contexto netamente educativo, y teniendo como herramienta principal la atención primaria, el más grande recurso para mitigar las cifras de morbimortalidad materna extrema, se genera la inquietud de ofrecer, de manera objetiva, clara y empática información que se omite a la gestante y sus familias, cuando encuentran reprocesos administrativos, o el diario trasegar de personal de salud, el colapso de los servicios y la falta de humanización, traducido esto en demoras. Las barreras socio culturales crean una brecha entre la asistencialidad y la comunidad, familia y gestantes que impactan de manera negativa a toda nuestra sociedad; la detección rápida y oportuna del riesgo materno permite un abordaje que mitiga las consecuencias a veces fatales, de ahí la creación de un algoritmo básico para priorizar la urgencia gineco obstétrica que permita un abordaje integral. De una educación en salud estructurada se solidifican bases para una concepción respetada, un parto eutócico y un puerperio saludable, enriquecido de compasión, empatía y receptividad del personal de salud. Se puede mitigar el riesgo obstétrico si se identifica rápida y tempranamente entonces así se actúa y se evitan complicaciones y muertes prevenibles.

Palabras clave: Parto obstétrico, morbilidad, puerperio, gestación, factores de riesgo.

Correspondencia:

Nancy Emilsen Daza
ndaza@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

¹ Enfermera; especialista en prevención de riesgos laborales y salud ocupacional, Docente, Universidad de San Gil, sede Yopal.
Email: ndaza@unisangil.edu.co

Abstract

The close relationship of the cases of maternal morbidity with the socioeconomic level, as an immovable cause over time, raises the question as health professionals, is it necessary to fight daily against death, giving life? From the purely educational context, and having as a main tool primary care, the greatest resource to mitigate the figures of extreme maternal morbidity and mortality, there is a concern to provide an objective, clear and empathetic information that is omitted to the pregnant and their families, when they find administrative reprocesses, or the daily movement of health personnel, the collapse of services and lack of humanization, this translates into delays. The social and cultural barriers create a gap between the assistance and the community, family and pregnant women that negatively impact our entire society; the rapid and timely detection of maternal risk allows an approach that mitigates the consequences sometimes fatal, hence the creation of a basic algorithm to prioritize the obstetrics and gynecology emergency that allows a comprehensive approach. From a structured health education, the foundations are solidified for a respected conception, a eutocia delivery and a healthy puerperium, enriched with compassion, empathy and receptivity from the health personnel. Obstetric risk can be mitigated if it is identified quickly and early, then this is how it acts and avoids complications and preventable deaths.

Key words: Obstetric birth, morbidity, puerperium, gestation, risk factors.

INTRODUCCIÓN

¿Parir en condiciones de pobreza se convierte en un desafío social y médico? Una de las principales preocupaciones de todas las naciones es el enfoque hacia la prevención de la morbimortalidad materna, con ellos vienen la modificación de políticas, dentro de las prioridades de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Sin embargo, en cada contexto se evidencia que el indicador no

tiene mayor impacto y coge fuerza la teoría de la estrecha relación de los determinantes sociales, la pobreza y bajo nivel de escolaridad como fuente de embarazos de alto riesgo y nacimientos prematuros resultado de gestaciones no planeadas, o por alguna condición materna intrínseca o extrínseca resulta un parto distócico o enfermedad grave incluso la muerte perinatal. El presente abordaje realizado a una gestante añosa, con unos condicionantes sociales importantes, ligados a bajos recursos económicos, disfunción familiar y pocas herramientas individuales permite contextualizar la realidad de un departamento y de un país que necesita fuertemente mejorar la atención primaria en salud a población en edad fértil. Cumpliendo con unos criterios de selección se decide ofrecer un seguimiento estrecho, con cuidados de enfermería inmersos en un problema que requiere ser abordado de manera urgente, consciente y real con enfoque integral biopsicosocial, a fin de establecer herramientas que mejoren la calidad de vida del binomio madre e hijo resaltando las prácticas de autocuidado con base en NANDA, NIC y NOC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se delega una paciente, G3P2V2 de 40 años de edad del municipio de Yopal, con diagnóstico médico de embarazo de 39 semanas de gestación parto a término, con una complicación en el momento del parto, con desprendimiento de placenta, lo que desencadena una urgencia ginecobstétrica, hemorragia posparto -código rojo, con notables factores de riesgo de potencializar las complicaciones como el ser fumador pesado y trastorno depresivo-.

Cada día mueren unas 1.000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En 2008 murieron 358.000 mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. El 99% de esas muertes se produjo en países en vías de desarrollo y la mayoría eran muertes prevenibles¹, allí empieza la asociación y, por consiguiente,

surge la oportunidad de abordar todos los aspectos biopsicosociales, biológicos y psíquicos que tiene la paciente y permite proporcionar diversos cuidados de enfermería, profundizando en conocimientos a través de las investigaciones, puesto que la paciente tiene múltiples condiciones no favorables para la salud materno fetal que incluso podrían haber sido causa de muerte materna.

Así lo demuestra el estudio cuando reza: “la hemorragia posparto (HPP) constituye el 35% del total de las muertes maternas (MM). La Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por HPP”¹.

Las principales razones que explican esta elevada incidencia son: la falta de acceso de parto asistido por personal capacitado y la práctica inadecuada o limitada del manejo activo del alumbramiento. De acuerdo con Cowen², cuando la paciente es asistida en los servicios de salud, la demora en el reconocimiento de la hipovolemia y el inadecuado reemplazo del volumen, son la razón principal de MM.

Por ello se ha diseñado una herramienta visual que permite contextualizar la situación real de la paciente, y rápidamente actuar frente a la hemorragia obstétrica, logrando ganar tiempo y mejorar la respuesta en tan importante situación de vida y muerte (ver figura 1). El factor tiempo es fundamental, pero no se deben desligar factores demográficos y sociales que están inmersos en la salud materna y fetal, tales como residencia rural, condiciones de vivienda, acceso a los servicios de salud, tal cual como se evalúa la muerte materna en la ruta a la supervivencia.

La Resolución 3280 ofrece directriz y guía en la atención en la Ruta materno perinatal, desde la misma etapa de preconcepción, concepción, parto, posparto. Entonces, la pregunta real es, si la ruta de empleo se da de la manera adecuada, si posiblemente se logre al final de la gestación una experiencia del parto positiva. Es así como se logra el abordaje a la paciente en su etapa de posparto inmediato, que se descompensa desde su trabajo de

parto, y se generan las condiciones que permitan un amplio estudio y experiencia para quienes asumen el reto de cuidar la batalla que tienen las madres que ingresan a dar vida en el Hospital Regional de la Orinoquía.

El enfermero con enfoque integral desarrolla la capacidad de identificar, abordar, proponer e incluso evaluar las condiciones que favorecen y hacen una experiencia del parto exitoso, y en caso de parto distócico lograr identificar las fallas, para posponer nuevas gestaciones de alto riesgo.

Es importante caracterizar a la paciente objeto de seguimiento: edad 39 años, G3P2V2, soltera, reside en la zona rural, bajo nivel de escolaridad y socioeconómico, sin controles prenatales regulares, no reconoce fácilmente que necesita ayuda (lo cual retrasa más el proceso), con evidencia de cicatriz reciente en muñecas tipo *cutting*, quien ingresa al servicio de urgencias maternidad con trabajo de parto sin cambios cervicales, con monitoria fetal categoría III, y desprendimiento de placenta que requiere inmediato manejo de ataque. El cual se realiza y se obtiene feto con síndrome de dificultad respiratoria (SDR), posterior atonía uterina y hemorragia intraparto que requiere manejo para estabilizar, lo cual se logra. Y es allí donde se decide realizar el abordaje de cuidado.

Una vez establecido el objetivo para generar herramientas educativas y vivenciales para mejorar las condiciones materno neonatales con calidad de vida, expectativa, postergación de nueva gestación e inclusión a programas de planificación familiar. Se procede a firmar consentimiento, y contar, de una manera voluntaria, con la disposición de la paciente. Así se da inicio a recopilar la información demográfica, personal, biológica y social y, además, que apunta a un abordaje integral que es exclusivamente el objeto de intervención.

Según el Apgar familiar la valoración de los ítems arroja una puntuación (7/20), lo cual indica que la paciente tiene una relación disfuncional con su familia, convirtiéndose esta en un factor de alto riesgo para la salud mental de la materna y el recién nacido. Los aspectos biopsicosociales durante el

período de gestación, son considerados un factor de riesgo que desencadenan múltiples complicaciones durante el embarazo, parto y el puerperio.

Dado abordaje clínico pertinente para ella, requirió en su estancia hospitalaria:

Manejo de UGO – desprendimiento de placenta, atención del parto quirúrgico, adaptación neonatal más soporte ventilatorio a neonato, activación de código rojo, con buena respuesta a las intervenciones para mantener la línea de supervivencia que si bien es cierto repercute gran importancia el llegar tardíamente a servicio, alude barreras demográficas.

El adecuado abordaje en la fase de resucitación, permitió una exitosa supervivencia de la madre y el feto, al respecto podemos encontrar que un estudio refiere que: la resucitación es restaurar el volumen sanguíneo y mantener la perfusión de los tejidos, para ello se deben seguir los siguientes pasos:

- Volumen alto de oxígeno 8L/minuto.
- Cabeza baja, recostada de lado izquierdo si aún no hubo parto, para evitar compresión aortocava.
- Acceso venoso Branula 14 o 16, se requieren dos vías, previa toma de hemograma, coagulograma y pruebas cruzadas, fibrinógeno (Recomendación-C).
- Líquidos: cristaloides, coloides evitando dextrans para no alterar la agregación plaquetaria (no exceder 3 a 5 litros) previa transfusión sanguínea. Para iniciar la reposición

y expansión del volumen circulante se puede usar 1000-2000 ml de soluciones cristaloides (Recomendación -A), la relación es 3:1 (Recomendación -C) o coloides relación 1:1, (Evidencia-1b). La hipotermia aumenta el riesgo de falla orgánica múltiple y coagulopatía (Evidencia-IV), por lo que los líquidos a reponer deben estar alrededor de los 37 grados para evitar la hipotermia (Recomendación -C).

- Corregir la acidosis y la hipocalcemia.
- Evitar coagulopatía dilucional, con productos de coagulación, se acepta hemoglobina de 8 mg/d³.
- Transfusiones de paquete globular cuando se ha perdido 30 a 40% de la volemia, Hb 6, o Hb 10 con sangrado activo (Recomendación -C).
- Se recomienda transfusión de plaquetas, cuando < 75 x10³. La dosis recomendada es una unidad de plaquetas por 10 kg. de peso⁴.

RESULTADOS

Se logró recopilar la información sobre la valoración por dominios que tiene una asociación directa con todo el contexto de la situación de salud de la paciente que comprometió seriamente la vida.

En síntesis, se pueden ver en la Tabla 1 los dominios alterados y los diagnósticos de enfermería a ser abordados.

Tabla 1. Dominios alterados y los diagnósticos de enfermería abordados

Diagnóstico	Intervención aplicada	Etiqueta NOC aplicada	Estado inicial	Estado final	Eficacia lograda
Disminución del gasto cardíaco	Disminución de la hemorragia útero posparto	Severidad del <i>shock</i> hipovolémico	3/15	14/15	93%
Lactancia materna ineficaz	Asesoramiento en la lactancia	Establecimiento de la lactancia materna: madre	3/10	8/10	80%
Proceso de maternidad ineficaz		Conducta de abandono del consumo del tabaco	3/15	15/15	100%
Promedio eficacia plan de cuidados aplicado					91%

DISCUSIÓN

Es claro que las condiciones determinantes a nivel social, marcan una cadena que puede seguir repitiendo de generación en generación, o incluso en la misma mujer gestante a sabiendas que a más temprano el embarazo más probabilidad de repetir el cuadro, entonces se convierte en un desafío para los actores del sistema de salud: enfermeras, médicos, ginecólogos para abordar, de manera adecuada y oportuna, a las mujeres gestantes más si su nivel de escolaridad y contexto social delimitan esa línea delgada entre la vida y la muerte cuando de parir se trata.

Está claro que el rol del enfermero es fundamental en la atención desde el momento antes del embarazo, durante la gestación, parto y posparto. Tal cual como se evidencia en la síntesis de la tabla anterior. Cada diagnóstico fue ampliamente abordado y se da garantía con los resultados de la evidencia del estado inicial 20% vs. eficacia del plan de cuidados aplicado alcanzando un 91%.

Estos datos indican claramente que si bien existen factores intrínsecos sociales, difícilmente modificables por el personal de salud, el reto es dar una oportuna respuesta a cada caso de manera individual, con enfoque integral, dando aplicabilidad al algoritmo de reconocimiento oportuno de la UGO según EG y factores determinantes sociales que permiten modificar y mejorar la ruta hacia la supervivencia y dentro de ello proporcionar un alivio a las familias y mujeres que diariamente están en la batalla de dar vida a costa incluso de la propia. Pues la muerte materna es evitable.

Cabe resaltar que, dentro de las estrategias de cuidado de enfermería, están claramente definidas aquellas que sugieren responsabilidad materna, ya sea para postergar una nueva gestación a través del uso de métodos anticonceptivos, o las prácticas de autocuidado que van desde higiene personal, hasta promover momentos de esparcimiento y cuidado mental, así como orientaciones sobre el

cuidado, el fruto de su embarazo, para iniciar una vida saludable a través de la lactancia materna exclusiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [internet]. Centro de prensa. Nota descriptiva N°348. [Consultado el 19 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Cowen. Resuscitation. In: A Textbook of Postpartum Hemorrhage: A Comprehensive Guide to Evaluation, Management and Surgical Intervention. Sapiens Publishing; 2006:170-178
3. Asturizaga, P., Toledo Jaldin, L. Hemorragia Obstétrica. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2014 [Consultado el 2020 sep. 18]; 20 (2): 57-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009&lng=es.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Blood Transfusions in Obstetrics. Green-top Guideline 47 [Consultado el mayo de 2015] Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/blood-transfusions-obstetrics-green-top-47>