

Educación para la salud a gestantes de riesgo alto/muy alto durante la atención hospitalaria

María del Carmen Ariza Salamanca, Zoraida de la Rosa Várez, María Teresa Rivas Castillo
Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (Granada, España)

Correspondencia: maricarmen_ariza@yahoo.es (María del Carmen Ariza Salamanca)

Antecedentes y estado actual del tema

Según el Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía¹ se consideran gestantes de alto riesgo aquellas que presentan alguna de las siguientes circunstancias: abuso de drogas; alteraciones del líquido amniótico (hidramnios y oligoamnios);² amenaza de parto prematuro (32-25 semanas); anemia grave (hemoglobina < 7,5 mg/dL); cardiopatía grados III y IV; diabetes pregestacional; diabetes gestacional con mal control metabólico; embarazo múltiple (superior a 3 fetos); endocrinopatías (alteraciones del tiroides, suprarrenales, hipófisis, hipotálamo...); hemorragias del segundo y tercer trimestres; trastorno hipertensión del embarazo (hipertensión gestacional, HTA crónica, preeclampsia leve);^{3,4} infección materna (con repercusión materna, fetal o en el recién nacido); isoimmunización; malformación uterina; antecedentes obstétricos desfavorables (dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, recién nacido con deficiencia mental o sensorial, una o más muertes fetales o neonatales, antecedentes de crecimiento intrauterino retardado-CIR...); pielonefritis; patología médica materna asociada (cualquier enfermedad que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal); sospecha de CIR (biometría ecográfica fetal < edad gestacional); tumefacción genital (uterina, anexial) y embarazo gemelar.

Se consideran gestantes de muy alto riesgo las que presentan: CIR; malformación fetal confirmada; incompetencia cervical confirmada; placenta previa; desprendimiento prematuro de placenta; trastorno hipertensivo del embarazo (preeclampsia grave y preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica); amenaza de parto prematuro (por debajo de 32 semanas); rotura prematura de membranas en gestación pretérmino; embarazo prolongado; patología materna asociada grave; muerte fetal antebrazo; otras.

Éstas circunstancias pueden desencadenar una amenaza de parto prematuro ó motivar la decisión médica de finalizar la gestación de forma prematura. La vía del parto se elegirá de forma individualizada teniendo en cuenta la morbilidad materna posterior y la posibilidad de morbimortalidad fetal en el momento de la decisión.^{5,6}

Se considera prematuro el nacimiento que tiene lugar antes de las 37 semanas de gestación, y constituye uno de los problemas de salud más prevalentes en la población infantil de los países desarrollados. Entre un 8 y un 10% de los nacimientos ocurren antes de la 37 semana de gestación y justifican el 75% de la mortalidad perinatal y el 50% de la discapacidad en la infancia.⁷

Las gestantes de alto y muy alto riesgo suelen tener episodios de hospitalización durante la gestación, de mayor o menor duración dependiendo de la gravedad. Éstos episodios de hospitalización hacen que, en la mayoría de los casos, no puedan llevar a cabo el seguimiento habitual de la gestación recogido en el Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, además de no poder realizar ningún tipo de educación prenatal.

La educación prenatal comprende un rango de medidas educativas y de apoyo que ayudan a los padres y futuros padres a comprender sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, el trabajo de parto y la paternidad.⁸ Teniendo en cuenta que además se van a enfrentar a un embarazo, parto, postparto y crianza con unas connotaciones especiales asociadas a la posible finalización de la gestación antes de la semana 37, desde el ámbito hospitalario deberíamos tener en cuenta esta situación y tratar de subsanarla desarrollando un programa específico de educación prenatal para gestantes de riesgo algo/muy alto.

El Hospital Materno Infantil “Virgen de las Nieves” de Granada es un hospital de tercer nivel de referencia en obstetricia y perinatología para Andalucía Oriental. Las gestantes de riesgo alto y muy alto que precisan cuidados hospitalarios ingresan en la segunda planta, donde están ubicadas la planta de hospitalización, la Unidad de Medicina Fetal y el paritorio. Los cuidados son prestados por enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas) que además son las que realizan el triaje y los cuidados en el servicio de urgencias. La matrona se dedica a la promoción de la salud de la mujer, al cuidado de sus alteraciones patológicas y especialmente a lo relacionado con el proceso reproductivo,⁹ es por ello el profesional sanitario de elección para este tipo de unidades, aunque no en todos los hospitales las haya.

El hecho de que en nuestro hospital haya matronas en la planta de hospitalización de gestantes de riesgo alto/muy alto

ha motivado este proyecto de investigación, consistente en proporcionar a dichas usuarias educación para la salud dirigida a promocionar los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido y su familia, tratando de iniciarlos, a ser posible, desde el momento del nacimiento.

Objetivos

Objetivo general: Proporcionar un mayor grado de satisfacción con el proceso de embarazo y parto a las gestantes de riesgo alto/muy alto hospitalizadas en la 2ª planta del Hospital Materno-Infantil “Virgen de las Nieves”.

Objetivos específicos:

- Proporcionar a las gestantes de riesgo alto/muy alto una información y preparación prenatal adaptada a sus circunstancias, que fomente su participación en la toma de decisiones, evite expectativas no realistas e influya favorablemente en su satisfacción durante el proceso de embarazo, parto y postparto.¹⁰

- Minimizar los efectos negativos de la intervención cesárea y de los cuidados urgentes prestados al recién nacido prematuro, creando un ambiente acogedor y respetuoso en el quirófano o paritorio, permitiendo el acompañamiento de la mujer en recuperación, el que pueda ver el nacimiento de su hijo o hija siempre que lo desee y sea posible y procurando el contacto piel con piel inmediato si es posible ó el inicio del método madre canguro tan pronto como lo sea.^{11,12}

- Incluir la formación en lactancia materna en los planes de cuidados de las gestantes de riesgo alto/muy alto durante su ingreso en la 2ª planta del Hospital Materno-Infantil “Virgen de las Nieves”.

- Incrementar la frecuencia de inicio y la duración de la lactancia materna de los recién nacidos prematuros que nacen en el Hospital Materno-Infantil “Virgen de las Nieves”.

- Facilitar el vínculo afectivo del apego, el maternaje y la tarea de la parentalidad en el contexto de desestabilización emocional que produce la llegada de un nuevo ser antes de lo esperado, y con una alteración de la percepción de la competencia como cuidadores que supone su ingreso en la unidad neonatal.^{13,14}

Metodología

Se trata de un estudio cuasi-experimental, longitudinal, en panel.

El enfoque actual de la educación maternal en el sistema sanitario está dentro de la modalidad de educación para la salud grupal y contextualizado en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, de una forma planificada y organizada sistemáticamente.¹⁵ En nuestro proyecto de investigación nos vamos a referir a una educación prenatal adaptada a las necesidades de las gestantes de riesgo alto/muy alto y dentro de la planificación y organización del funcionamiento de una planta de hospitalización de tocología.

Planificación de la educación sanitaria a gestantes de riesgo alto/muy alto en el contexto de la atención hospitalaria:

1. Análisis del problema

En el Hospital Materno Infantil “Virgen de las Nieves” se inició el 28 de junio del año 2017 un sistema de registro de

variables específicas relativas a los partos atendidos en dicho centro. Gracias a este registro conocemos que desde esa fecha hasta el 31 de diciembre de 2017 se atendieron 1573 partos, de los cuales 136 (8,65%) tuvieron lugar antes de la semana 37 de gestación, porcentaje que coincide con la bibliografía. De estos 136 partos, 32 (23,53%) tuvieron un tiempo de aminorrexis superior a 24 horas.

Nuestra población diana serán las gestantes de riesgo alto/muy alto y sus familias, durante los episodios de hospitalización que precisen previos al parto.

2. Programación de las actividades educativas

Una vez consensuado con el equipo obstétrico y de neonatología el contenido del programa educativo, se llevará a cabo mediante la aplicación de medios educativos directos como la charla, la discusión en grupo y clases prácticas de resolución de problemas, e indirectos mediante la elaboración de folletos y carteles.

Líneas temáticas:

- Medidas higiénico-dietéticas en la gestante de riesgo alto/muy alto.

- El parto en el contexto de la gestación de riesgo alto/muy alto.

- Cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido y su familia: explicaremos el método madre canguro y la política del hospital de “puertas abiertas”.

- Lactancia materna: resaltando la importancia de la lactancia materna para el recién nacido prematuro y cómo iniciarla y mantenerla. Se explicará el funcionamiento y se proporcionará información específica del banco de leche del Hospital Materno-Infantil “Virgen de las Nieves”.

- Puerperio, maternaje y tarea de parentalidad en el contexto de la hospitalización neonatal.

3. Evaluación

A la hora de planificar la evaluación de nuestro programa educativo nos encontramos con la siguiente limitación:

- La satisfacción de la mujer con el proceso del parto se mide mediante la escala “Mackey Childbirth Satisfacción Racing Sacale”, pero dicha escala está validada en mujeres que han tenido un recién nacido sano tras un parto vaginal.¹⁶ Debido a que nuestra población diana no cumple dichas características y a que no hay cuestionarios para tal efecto validados, es necesario elaborar nuevos instrumentos de medida que recojan información adicional sobre test psicométricos, características específicas de la gestación y el parto, y que recojan la satisfacción en relación al proceso de la mujer y la pareja conjuntamente.¹⁷

Por tanto, la evaluación la llevaremos a cabo midiendo los siguientes ítem:

- Frecuencia y mantenimiento de la lactancia materna: haremos un seguimiento para ver en qué porcentaje iniciaron la lactancia materna, el momento de inicio y un seguimiento mensual de la misma hasta los seis meses. Durante la hospitalización del bebé se hará mediante preguntas directas personalmente y al alta de forma telefónica.

- Ya que no podemos medir satisfacción hasta que no hayamos terminado de elaborar y validar nuestra propia escala, mediremos la autoeficacia tanto de la mujer como de la

pareja, entendida la autoeficacia como la capacidad de adaptación de la familia al agente estresante que supone el nacimiento en el contexto del alto/muy alto riesgo obstétrico. Y para ello emplearemos la adaptación para población española de la Escala de Autoeficacia General¹⁸ que consta de 10 ítems con escalas de tipo Likert de 4 puntos y que se cumplimentará tan pronto como sea posible tras el proceso del parto.

- Por último realizaremos una encuesta de satisfacción con la actividad formativa donde se evaluarán específicamente los aspectos relativos a la organización, actividades formativas, profesionales y evaluación global del programa educativo.¹⁹

Plan de trabajo

El proyecto se pondrá en marcha en septiembre de 2018.

Las actividades grupales (charlas, experiencias prácticas y grupos de discusión) se llevarán a cabo en horario de mañana,

de 12 a 13 horas, procurando que ya haya tenido lugar la evaluación médica individual de las pacientes. Se llevará a cabo una o dos veces en semana dependiendo de la cantidad de gestantes de alto/muy alto riesgo hospitalizadas.

Los medios indirectos (folletos, carteles) las matronas los entregarán durante la hospitalización, secuencialmente y respondiendo a las preguntas que de su lectura puedan surgir.

Se realizará una evaluación inicial del programa educativo con todas las usuarias que formen parte del mismo durante los primeros seis meses de su implantación, dichas usuarias constituirán la población con la que pretendemos validar nuestro instrumento de medida de satisfacción con el proceso del parto en gestaciones de riesgo alto/muy alto. Finalizado el proceso de validación, incluiremos este nuevo parámetro en la evaluación y continuaremos evaluando el programa durante otros seis meses (tabla 1).

Tabla 1. Cronograma

	09/18	10/18	11/18	12/18	01/19	02/19	...09/19
Act.1: medios indirectos							
Act. 2: Actividades grupales							
Act.3: validación encuesta de satisfacción							
Act.4: evaluación global del programa educativo							

Bibliografía

1. Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, Parto y Puerperio. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2005.
2. Ericson JE, Laughon MM. Chorioamnionitis: implications for the neonate. Clin Perinatol.2015; 42(1):155-65.
3. Pauli JM, Repke JT. Preeclampsia: Short-term and Long-term Implications. Obstet Gynecol Clin North Am. 2015; 42(2):299-313.
4. Sircar M, Thadhani R, Karumanchi SA. Pathogenesis of preeclampsia. Curr Opin Nephrol Hypertens. 2015; 24(2):131-8.
5. Mercer B. Mode of delivery for periviable birth. Seminars in Perinatology 2013; 37:417-21.
6. Skupski D, Greenough A, Donn S, Arabin B, Bancalari E, Vladareanu R. Delivery mode for the extremely premature fetus: a statement of the prematurity working group of the World Association of Perinatal Medicine. J Perinat Med 2009; 37:583-6.
7. Swamy GK, Osbye T, Skjaerven R. Association of preterm birth with long term survival, reproduction and next generation preterm birth. JAMA. 2008; 299:1429-36.
8. Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com> [acceso: 22/05/2018].
9. Rodríguez MV, Salazar R, Anguita C. La figura de la enfermera especialista en obstetricia como principal personal en la consulta de triaje. Rev Paraninfo Digital 2013; 7(19).
10. Puertas A., Herruzo A., Montoya F. (Eds.). Dirección médica del parto. Granada, España: Cuadernos del Castor.
11. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas por la Unión Europea, 2017; Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/2-alimentacionlactantes_normas_recomendadasue.pdf [acceso: 22/05/2018].
12. Smith J, Plaat F, Fisk MN. The natural caesarean: a woman-centred technique. BJOG. 2008; 115(8):1037-42.
13. Boss, P. Family stress management: a contextual approach, 2nd. Edition Thousand Oaks (Calif.) Sage Publications, 2002.
14. Bozette, M. A review of research on premature infant-mother interaction. Newborn Infant Nurs Rev. 2007; 7(1):49-55.
15. Cabezas MC. Intervenciones efectivas en educación sanitaria. FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2004; 11:3-12.
16. Mas R., Escrivá V. Women's satisfaction with the experience of childbirth validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. Gac Sanit. 2012; 26(3):236-242.
17. Alfaro Blazquez R., Corchon S., Ferrer Ferrandiz E. Validity of instruments

for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery* 2017; 55:103-112.

18. Sanjuán P., Pérez A., Bermúdez J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicotherma* 2000; 12(2):509-513.

19. Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud. Cuestionario de satisfacción del alumnado participante en una actividad formativa. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud, 2012.