

Aplicación de la teoría de Martha Rogers para el cuidado de la gestante en trabajo de parto

Sandra Milene Rojas Criollo
Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá, Colombia)

Correspondencia: srojas@areandina.edu.co (Sandra Milene Rojas Criollo)

Resumen

Introducción: Hace varios años, el trabajo de parto acontecía en un ambiente familiar conocido, compartido y protector, donde la mujer, podía movilizarse y expresarse con libertad, se sentía estimulada, admirada, y tranquila, rodeada por sus seres queridos; el recién nacido inmediatamente lo abrazaba la mamá y la familia lo acogía, esta experiencia era agradable y sin separaciones, en el cual el vínculo entre madre e hijo se afianzaba. **Objetivo:** La finalidad de este artículo es evidenciar la aplicación de la Teoría de Martha Rogers en el acompañamiento de la gestante en el trabajo de parto y parto, brindando apoyo y acompañamiento logrando humanizar el cuidado de enfermería. **Resultados:** Se realiza el estudio de caso donde se enfatizó en la atención integral, utilizando un enfoque teórico como el de Martha Rogers basándose en la interrelación NANDA (la otrora North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), y NIC (Nursing Interventions Classification). **Conclusión:** La claridad, simplicidad y contenido de la teoría de Martha Rogers hace posible la formación de planes de cuidado a la gestante en el parto, en su entorno, generando empatía, confianza, seguridad, en la atención. **Palabras clave:** Acompañamiento. Parto humanizado. Cuidado. Teorías de enfermería.

Application of the theory of Martha Rogers For caring of the pregnant in labor

Abstract

Introduction: Several years ago, labor occurred in a family environment known, shared and protective, where women, could move and express themselves freely, felt stimulated, admired, and quiet, surrounded by their loved ones; the newborn was immediately embraced by the mother and the family welcomed him, this experience was pleasant and without separations, in which the bond between mother and child was strengthened. **Objective:** The purpose of this article is to demonstrate the application of the Theory of Martha Rogers in the accompaniment of the pregnant woman in labor and delivery, providing support and accompaniment to humanize nursing care. **Results:** The case study was carried out where the emphasis was on comprehensive care, using a theoretical approach like that of Martha Rogers based on the NANDA interrelation (the former North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), and NIC (Nursing Interventions Classification). **Conclusion:** The clarity, simplicity and content of Martha Rogers' theory makes possible the formation of care plans for the pregnant woman in childbirth, in her environment, generating empathy, trust, security, in attention. **Key-words:** Accompaniment. Humanized delivery. Care. Nursing theories.

Introducción

La llegada de un hijo ocasiona una serie de cambios en las vidas de los padres, por eso la pareja debe prepararse para este gran momento tanto física como psicológicamente, ayudando a vivir este periodo de maternidad plenamente, facilitando el parto y la crianza desde un enfoque de familia permitiendo así el crecimiento de su hijo, bajo un ambiente de paz, amor y tranquilidad. Durante este proceso se desarrolla en la embarazada, una oleada de emociones contradictorias que pueden ir desde la felicidad, la alegría, la duda, la inseguridad y el miedo; además los cambios físicos, psicológicos y sociales son acompañados de incertidumbres e interrogantes que ocasionan en la gestante situaciones de estrés.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo deben recibir una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal, papel importante que desempeñan los servicios de atención de salud reproductiva.²

De acuerdo a la tasa de morbilidad materna extrema es superior para los países de medianos y bajos ingresos, varió de 4,9 % en América Latina a 5,1 % en Asia y 14,9 % en África, mientras que los estudios realizados en los países de altos ingresos tenían tasas que van del 0,8 % en Europa y un máximo de 1,4 % en América del norte; los estudios revelan que existe una gran diferencia en la mortalidad entre países desarrollados y en vía de desarrollo; en Nigeria, Benín y Malasia se ha encontrado una relación de morbilidad/mortalidad de 11/12, mientras que en Europa esta relación es de 117/223,

como principales factores de riesgo para morbilidad materna extrema se han identificado la edad mayor de 34 años, exclusión social, mujeres no blancas, antecedentes de hipertensión, parto por cesárea de emergencia y embarazo múltiple, adicionalmente, las complicaciones derivadas del aborto siguen siendo una de las principales causas de morbilidad en países en vía de desarrollo.³

A nivel regional la situación epidemiológica por ejemplo en la Habana se identificaron riesgos maternos en el 89,1 % de las gestantes, siendo los más frecuentes la hipertensión arterial, asma, diabetes mellitus y sepsis urinaria. Las causas de mayor ocurrencia fueron las relacionadas con el manejo instaurado al paciente (cirugía, UCI, transfusión) y la enfermedad específica (shock séptico e hipovolémico).³

La situación epidemiológica a nivel nacional el mayor porcentaje de casos de morbilidad materna extrema se presentó en mujeres en el grupo de edad de 20 a 24 años pero las razones más altas se encontraron en las menores de 15 años y las mujeres de 35 y más años; los trastornos hipertensivos del embarazo surgen como la principal causa agrupada de morbilidad materna extrema en las pacientes presentándose en 60,5 % de los casos. Para el año 2015 el total acumulado de casos a semana epidemiológica 52 fue de 15 067, de acuerdo con la edad de las madres el comportamiento se mantuvo frente a lo notificado en 2014.³

Hace algún tiempo atrás, el trabajo de parto era un acontecimiento vivido y compartido en el hogar junto a la familia, donde las mujeres gestantes se sentían protegidas, beneficiándose de la compañía de otras mujeres que habían adquirido conocimientos para brindar un acompañamiento durante el trabajo de parto. La gestante se sentía libre de poder moverse y expresar sus emociones y sentimientos, y el entorno jugaba un papel tranquilizador, siendo por lo anterior un momento único e irrepetible, rodeada de los seres queridos; el recién nacido se colocaba en el pecho de la mamá y era abrazado por su madre y acogido por el resto de los miembros de la familia, siendo esto una experiencia muy agradable sin sentir separaciones ni a su alrededor personas desconocidas.^{4,5}

Todas las mujeres tienen el derecho a tener una experiencia y vivencia del parto, experiencia de vida significativa y recordada con agrado; en el artículo sobre violencia obstétrica enuncia que: el parto se considera “medicalizado”, poca información brindada a las usuarias, “ignoran las necesidades expresadas por las mujeres”, trato infantilizador y deshumanizado, “la realización de intervenciones consideradas de riesgo como la maniobra de Kristeller”.⁶ Otro estudio se basa en los relatos de experiencias de trabajos de parto en diversas instituciones de salud en Sao Paulo Brasil donde evidencia: “en expresiones violentas de profesionales de salud a las pacientes”, “procedimientos innecesarios y/o iatrogénicos por profesionales de salud” y “falta de preparación institucional con entornos no estructurados”.⁷

Como situaciones de violencia obstétrica se ha identificado la vulneración de los derechos de las gestantes, por esta razón se hace necesario promover una reflexión y sensibilización del personal de salud para mejorar las prácticas de cuidado, se debe garantizar el derecho de las mujeres a contar con toda la información relacionada con su tratamiento así como el derecho a recibir un trato humano por parte del personal de salud, garantizando la igualdad del acceso y la calidad de la atención.⁸

Teniendo en cuenta que el cuidado a través de la historia ha cambiado en cuanto al concepto, interpretación y aplicación; en la práctica, se señala que cada acción, o procedimiento, manejo de protocolo o utilización de habilidades, destrezas y aplicación de conocimientos científicos, se realiza en el ejercicio profesional resaltando que se trabaja con personas que merecen afecto, amor, dedicación, comprensión y muchas otras características que implican brindar cuidado humanizado.

Martha Roger en su teoría de los seres humanos unitarios hace referencia “el objetivo del modelo es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno”. Es así que las enfermeras que aplican este modelo están fortaleciendo la conciencia e integridad de los seres humanos, a dirigir o redirigir los patrones de interacción que existe entre la gestante en este caso y su entorno para conseguir el máximo potencializar la salud, ya que se intercambia continuamente materia y energía, donde se permiten desarrollar su potencial, estas acciones tienen como finalidad ayudar al individuo en la remodelación de su relación consigo mismo y su ambiente de modo que se optimice su salud.⁹⁻¹⁰

La finalidad de este artículo es evidenciar la aplicación de la Teoría de Martha Rogers en el acompañamiento de la gestante en el trabajo de parto y parto, donde se brinda apoyo y acompañamiento, disminuyendo el estrés y la ansiedad logrando humanizar el cuidado de enfermería.

Presentación del Caso

Paciente primigestante de 25 años que se encuentra en una unidad de servicios de salud, en el servicio de sala de partos, ella se encuentra ubicada el pasillo en una camilla, muy adolorida, con expresiones faciales de dolor, quejido y llanto; con actividad uterina regular, con frecuencia cardiaca fetal 155 latidos por minuto, al acercarnos refiere que: “tengo contracciones”, “no me aguanto más”, “no puedo respirar”. “no me deje sola”, “estoy muy nerviosa y asustada”.

Plan de Cuidado

Fase de diagnósticos y de planeación:

Se utilizó para el plan de cuidados la taxonomía Nanda, NOC, NIC, se presenta los diagnósticos e intervenciones más destacados aplicando la teoría de Martha Rogers.

Patrones

Patrón sexual reproductivo

Antecedentes ginecológicos: Menarquia: 12 años, ciclos 28x3, tipo de sangrado abundante, # parejas: 1; H. obstétrica: G1P0A0C0E0V0; FPP: 22/05/18; Edad gestacional: 39 semanas por ecografía ya que no recuerda la fecha de la última regla y solo asistió a 1 control prenatal.

Patrón cognitivo perceptual

Dolor evaluado con escala numérica con criterios de 1 a 10, siendo 1 sin dolor, y 10 dolor insoportable, en cada contracción la gestante calificación de 10 al dolor. Refería: “me duele mucho”, “Tengo contracciones”, “no me aguanto más”.

Patrón Afrontamiento/tolerancia al estrés

Datos Objetivos: Expresión: llanto, facies de dolor, quejido y posiciones para aliviar el dolor

Datos Subjetivos: Donde la gestante se encuentra en el pasillo del servicio de sala de partos en una camilla, sin acompañante, quejándose, al acercarnos refiere que: “no me aguanto más”, “no puedo respirar”. “no me deje sola”

Consideraciones Éticas

Se tuvo en cuenta los principios éticos planteados por el Ministerio de salud en la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 “Por lo cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud”.

En el artículo 11 del capítulo I Título II de los aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos, este estudio se clasifica como investigación sin riesgo: “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables

biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”. La usuaria firmó el consentimiento informado, se manejó de manera anónima y confidencia la información.¹¹

Aplicación Teoría de los Seres Humanos Unitarios de Martha Rogers

Martha Rogers, en su teoría expone la manera en que el hombre interacciona con su entorno, describiéndolos como campos de energía irreductible, pertenecientes el uno al otro en plena evolución y como dicho campo puede verse afectado por diversidad de factores, creando de esta interacción del hombre a un ser unitario o todo unificado.^{9,10} En el cuadro 1 se muestra el Plan de Intervenciones de Enfermería donde se aplica el modelo Seres Humanos Unitarios de Martha Elizabeth Rogers.

Cuadro 1. Plan de Intervenciones de Enfermería aplicando el modelo Seres Humanos Unitarios de Martha Elizabeth Rogers

Patrón y Diagnostico de Enfermería (NANDA I)	Meta (NOC)	Modelo Martha E. Rogers	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Evaluación
<p>00256.DOLOR DE PARTO: Experiencia sensorial y emocional que varía de agradable a desagradable, asociada al parto y el alumbramiento</p> <p>Relacionado: -Dilatación cervical -Expulsión fetal.</p> <p>Manifestado: -Conducta expresiva escala análoga del dolor 10/10 -Contracciones uterina 3 en diez minutos. -Expresión facial de dolor. -Postura para aliviar el dolor</p> <p>00148. TEMOR. Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro. Relacionado: - Separación del sistema de apoyo - Entorno desconocido. Manifestado: - Inquietud -Intranquilidad -reducción de la seguridad en sí mismo. -tensión muscular.</p>	<p>1605.CONTROL DEL DOLOR Durante una hora en el trabajo de parto la gestante manifestara disminución del dolor evidenciado por</p> <p>- Escala numérica del Dolor: 8/10 - Disminución Expresiones faciales de dolor.</p> <p>1404.AUTOCONTROL DEL MIEDO La gestante en la siguiente hora podrá dar respuesta a las acciones personales para reducir los sentimientos Evidenciado por: -seguridad por acompañamiento. -Disminución de la intranquilidad, inquietud y tensión muscular.</p>	<p>Pandimensionalidad Rodear a la gestante en un ambiente donde sienta apoyo, confianza, seguridad, mientras se encuentra hospitalizada (Empatía)</p> <p>Resonancia Educar a la gestante sobre el manejo de la respiración y la relajación durante la contracción,</p> <p>Contacto Terapéutico Cuidar a la persona de manera Integral – holística por medio de la comunicación asertiva, demostrando interés.</p> <p>Helicidad Por medio de la educación sobre el manejo de la respiración, la gestante disminuirá el riesgo de complicaciones durante el trabajo de parto. (Sufrimiento Fetal Agudo).</p>	<p>Escucha activa Saludo, presentación, Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales de la gestante y mostrando interés en lo que refiere.</p> <p>Educar Instruir a la gestante sobre las diferentes formas de respirar (lenta – profunda, jadeo, soplo). Para la relajación masaje a nivel de las caderas. Informar sobre las consecuencias que se pueden presentar sino respira bien. Indicar el uso de analgésicos para controlar el dolor</p> <p>Confort Favorecer el confort, la comodidad, explicar el uso del masaje y el toque terapéutico, practicar técnicas de relajación y distracción (conversación). Permitir acompañamiento del familiar Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico. Monitorización de s/v Monitoreo fetal Control de la respiración lenta – profunda durante el trabajo de parto para mejorar la oxigenación madre – bebe, disminuyendo la hipoxia y sufrimiento fetal.</p>	<p>Con la aplicación del plan de cuidados, la gestante logro manejar el dolor, el cual se evidenció con la aplicación de la escala numérica del dolor, reduciendo a 7/10, hubo empatía, confianza y seguridad, equilibrio mente, cuerpo y espíritu; finalizando en parto en la camilla siendo enfermería quién lo atendió.</p>

Fuente: Elaborado por la autora, NNNConsult.¹² y Nanda Internacional¹³

Discusión

Al presentar esta situación de riesgo, la medicina introdujo nuevas maneras de atender el parto, medicalizándolo, lo sacan del hogar de la mujer, llevándolo a un entorno hospitalario especializado, pasando de ser atendido por parteras a ser atendido por profesionales de la salud excluyendo a las familias, relegándolas a esperar en una sala y sólo ser avisados/as una vez que el parto ha finalizado. Por ello es importante resaltar que el apoyo a la gestante, es un momento importante constituido por sistemas y/o personas significativas, además que se caracteriza por el confort, apoyo, la información recibida y contactos sociales, es decir que sientan que esa red de apoyo sea protector y que genere apoyo y ayuda.¹⁴

En las sociedades occidentales euroamericanas el nacimiento de un hijo/hija, es una de las experiencias de vida más importante, manifiestan que las vivencias que rodean el proceso de parto y los primeros días de la maternidad/paternidad, ocupan un lugar muy especial en la vida de los padres y madres, y por esto el proceso del parto genera un alto nivel de ansiedad y tensión convirtiéndolo en un acontecimiento estresante, de desconfianza y miedo para la gestante, la hace sentir más vulnerable, por esta razón es importante contar con una fuente de apoyo constante; ya sea por algún miembro de la familia o un ser querido y en la mayor parte de los casos por la pareja,¹⁴ y se caracteriza como un evento que provoca cambios abruptos e intensos, que marcan algunos niveles de intensidad del dolor y la imprevisibilidad, que causa sufrimiento, ansiedad e inseguridad y puede aumentar los índices de depresión posparto.¹⁵

En el artículo Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar, los autores hacen referencia que la paternidad actualmente representa un profundo cambio respecto a los modelos paternos de la familia de origen resaltando “la paternidad actual abandona el papel tradicional del padre ausente y reclama un modelo en el que los hijos adquieren un mayor protagonismo en la vida de los padres, para que esto sea posible es imprescindible el acompa-

ñamiento por parte de la pareja desde el inicio de la gestación, el parto y el puerperio”, además recalcan que este acompañante sea por el padre o pareja, ya que genera un contacto temprano con el bebé, una relación emocional cercana con el hijo; el padre al ser testigo del nacimiento fortalece el lazo afectivo con el pequeño y se siente más comprometido en su cuidado, crianza y protección.¹⁶

Con este propósito se muestra la factibilidad de la aplicación de la teoría de los seres humanos unitarios de Martha Rogers con el proceso de enfermería, logrando cumplir la meta propuesta (Noc), conteniendo y posibilitando el manejo del dolor, mediante el conocimiento de la situación y el estado emocional de la gestante, es decir se concibió que el dolor es un mecanismo de expresión fisiológica de desagravio o defensa, frente a una proceso real (parto), es necesario que este se exprese, que lo comparta, donde el profesional de enfermería es un actor fundamental, realizando un acompañamiento donde enaltece y empodera a la gestante, fortaleciendo este momento (parto y alumbramiento), y favorece un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de la gestante, promocionando así la calidad de vida, la protección de ese ser unitario contribuyendo en la satisfacción de las necesidades sin olvidar los aspectos psicológicos, sociales, espirituales y de su entorno.

Conclusión

Dentro de este contexto la aplicación de la teoría de los seres humanos unitarios de Martha Rogers, aporta varias miradas desde el cuidado siendo una prioridad en las usuarias y los procesos de cómo actuar bien ante la gestante, evaluando la importancia y protagonismo de ella (ser único), siendo una mujer con historia, costumbres, emociones y miedos, respetando cada aspecto de su vida, aplicando todo esto en el cuidado para proporcionar un acompañamiento efectivo y la humanización en el trabajo de parto y parto; siendo Enfermería un actor importante, quien vela por el bien y protección de la mujer gestante con ética, conocimiento, vocación y amor al aplicar acompañamiento con calidad y humano.

Referencias Bibliográficas

1. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. (P.A.S.A.R.). Preparación a la maternidad y paternidad. Gobierno de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria 2009. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/feced7e9-a458-11df-aeed-9fdc164fb562/GUIMaternidadLIBRO.pdf> [acceso: 27/09/2018].
2. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Human Reproduction Programme hrp. Organización Mundial de la Salud 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [acceso: 27/09/2018].
3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema. PRO-R02.052 Versión 02 2016 – Mar – 29 Página 1 de 70. Grupo de Enfermedades no Transmisibles. Equipo de Maternidad Segura.
4. Cayuñir H, A. y Hernández S, E. Humanización del Nacimiento para cambiar la Vida, es necesario cambiar la manera de Nacer. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Osorno, marzo - mayo del 2007. Pag. 1-18. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Disponible en: <https://docplayer.es/11682366-Humanizacion-del-nacimiento-para-cambiar-la-vida-es-necesario-cambiar-la-manera-de-nacer.html> [acceso: 27/09/2018].
5. Contreras M. N. y De la Rocha R. Parto y Nacimiento Humanizado: Un Estudio de Caso. [Tesis]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2016.
6. Bellon Sánchez S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata 2015; 18:93-111.
7. Gonçalves-da Silva M, Carreira-Marcelino M., Pinheiro-Rodrigues LS., Carcaman-Toro R. y Kakuda-Shimo AK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. Rev Rene. 2014; 15(4):720-8. Disponible en: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf [acceso: 9/07/2018].

8. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 2013; Año 4, 1(7):25-34. Disponible en: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf [acceso: 9/07/2018].
9. Anés García, RI y Torres Bonilla, AA. Teoría de Martha Rogers. Seres Humanos Unitarios. Modelos y Teorías en Enfermería. Martha (2003). Disponible en: http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/teoria_marta_rogers.pdf. [acceso: 27/09/2018].
10. Cisneros G F. Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería. Universidad del Cauca. Programa de Enfermería 2002. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>. [acceso: 27/09/2018].
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 8430 de 1993. Invima 4/10/1993. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/resoluciones-medicamentos/2977-resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993.html>. [acceso: 27/09/2018].
12. NNNConsult. NANDA, NOC, NIC. RelxGroup. Elsevier. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/nanda> [acceso: 27/09/2018].
13. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones 2014 – 2017. España, Elsevier, 2015
14. Aguilar Molinery, NE y Rosas González, DM. Influencia del Acompañamiento del Padre Durante el Parto, en el Apego Padre – Hijo/Hija, en Niños/Niñas Nacidos/Nacidas en el Hospital de la Unión, durante el Segundo Trimestre del 2013. [Tesis]. Valdivia - Chile 2013 Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fma663i/doc/fma663i.pdf>. [acceso: 27/09/2018].
15. Gonçalves Giarretta, D y Fagundez, F. Aspectos Psicológicos da Gravidez do Parto e do Puerpério, *Psicologia.pt*, Disponible en: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0922.pdf>. [acceso: 27/09/2018].
16. Ramírez Peláez, H y Rodríguez Gallego, I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. *Revisión bibliográfica. Matronas Prof.* 2014; 15(4): e1-e6. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revisión-beneficios-pareja.pdf>. [acceso: 27/09/2018].