

COMUNICACIÓN BREVE



Humanizando el post parto: Lactancia Materna en Unidades de Terapia Intensiva

Humanizing the postpartum: Breast Feeding in Intensive Care Units

Paula A. Juárez¹

Resumen

Hace solo 10 años atrás, el término cuidados críticos en obstetricia era prácticamente desconocido, reservado para unos escasos escenarios. Y es que las gestantes, con no poca frecuencia en nuestro medio, por una condición relacionada con el embarazo, o algunas veces agravada por él, o incluso de manera incidental y casi siempre estrepitosa, ven amenazadas sus vidas, imponiendo la necesidad de un amplio conocimiento no solo de la fisiología y patología obstétrica, sino también de la anestesia y el cuidado crítico.

La atención en estas unidades requiere subjetividad, cualificación, sensibilidad y ética. Es imprescindible en este escenario, grandes dotes de comunicación y habilidades de relación: escucha activa, respeto, empatía y compasión. Es por eso que cuando abrimos la "Unidad de Terapia Intensiva Obstétrica", impulsamos un nuevo paradigma: la lactancia materna dentro de la unidad, empeñados en evitar el mayor de los desapegos que sucede en el post-parto del binomio "madre-recién nacido" por causa del ingreso de la paciente obstétrica crítica a la terapia, convirtiendo la atención especializada en cuidados humanizados.

En este artículo mostraremos la manera en la que se implementó la lactancia materna, bajo una "guía de ejecución" y dos periodos en el que se midieron los resultados (año 2014 y 2016).

Palabras clave: humanización; lactancia; post parto; obstetricia crítica

Abstract

Just 10 years ago, the term critical care in obstetrics was virtually unknown, reserved for a few scenarios. And is that the pregnant women, not infrequently in our environment, for a pregnancy-related condition, or sometimes aggravated by, or even incidentally and almost always rowdy, threatened their lives, imposing the need for a broad knowledge not only of the physiology and pathology, but also of obstetric anesthesia and critical care.

The attention in these units requires subjectivity, qualification, sensitivity and ethics. It is essential in the scene, great communication skills and relationship skills: active listening, respect, empathy, and compassion. That is why when we opened the "Obstetric Intensive Care Unit", we promote a new paradigm: breastfeeding into the unit, determined

to avoid the higher of the detachment that happens in the post-partum the binomial "mother-newborn" because of the income of the obstetric critical in therapy, becoming the humanized care in specialized care.

In this article, we will show you the way in which breastfeeding was implement-

ted, under a "guide" and two periods in which results were measured (year 2014 and 2016).

Key words: humanization; breast-feeding, postpartum; obstetric critical

Introducción

Hace solo 10 años atrás, el término cuidados críticos en obstetricia era prácticamente desconocido, reservado para unos escasos escenarios. Y es que las gestantes, con no poca frecuencia en nuestro medio, por una condición relacionada con el embarazo, o algunas veces agravada por él, o incluso de manera incidental y casi siempre estrepitosa, ven amenazadas sus vidas, imponiendo la necesidad de un amplio conocimiento no solo de la fisiología y patología obstétrica, sino también de la anestesia y el cuidado crítico.¹

Las primeras mediciones hemodinámicas con el catéter Swan en gestantes las efectuaron Benedetti & Cotton a fines de la década del 70, para evaluar enfermas con preeclampsia. Cotton expresó: "ciertas áreas de la obstetricia y la ginecología se beneficiarán con el uso de estas técnicas, incluyendo el shock hipovolémico que no responde al tratamiento inicial; el shock séptico que requiere expansión de la volemia y drogas vasopresoras; las cirugías y partos en cardiopatas clase III y IV; severas preeclampsias complicadas con oligoanuria, hipovolemia o edema pulmonar". Más tarde, en 1985 con el comienzo de la especialidad, Steven Clark publicó su experiencia con el uso del catéter en embarazadas normales y en pacientes críticas.²

En el ingreso a una unidad de cuidados intensivos, al igual que la población

general las embarazadas y puérperas graves, no escapan al uso de la tecnología que relega las necesidades humanas y emocionales de pacientes, familias y profesionales, a un segundo plano. La atención integral requiere subjetividad, cualificación, sensibilidad y ética.

Necesita de grandes dotes de comunicación y habilidades de relación: escucha activa, respeto, empatía y compasión.³

Nuestra provincia La Rioja- Argentina en los últimos diez años mantuvo la tasa de mortalidad materna por encima de la media nacional; logrando en el año 2015 descender por debajo de la misma, con 3.2 x 10.000 n.v.

La enfermedad preecláptica, hemorragias post parto, sepsis materna, y la enfermedad diabética son las principales causas de morbimortalidad severa.⁴

La Unidad de terapia intensiva obstétrica (UTIO) abre sus puertas en el año 2013, como unidad monovalente integrada por un destacado grupo de profesionales enfermeros y médicos intensivistas, con una gran visión: hacer de este servicio la oportunidad, para esa madre de superar la enfermedad acompañada por su familia y el recién nacido como el principal objeto de re-significación a su padecimiento, y contribuir además con la disminución de la morbimortalidad materna de nuestra región.⁵⁻⁷

Desde el inicio nos enfrentamos a una situación muy particular y angustiante: la separación de la madre que ingresaba

a la unidad, y su recién nacido que se alojaba en neonatología, por eso impulsamos un nuevo paradigma: la lactancia materna dentro de la UTIO.

Superado los obstáculos y barreras estructurales e idiosincrásicas, se estructuró una guía de ejecución con el consentimiento de los tres servicios involucrados: Neonatología- Obstetricia- Terapia Intensiva, y en los últimos tiempos se sumaron las Puericultoras.

Pero es a bien citar aquí una frase de nuestra compañera la licenciada enfermera Teresa Luna "todos los que trabajamos en un hospital materno-infantil somos puericultores" como una manera de enmarcar el compromiso y dedicación que tanto necesita la población a la cual brindamos asistencia sanitaria.

Desde el punto de vista infectológico las precauciones se basan fundamentalmente en: a- el "lavado de manos" de todo el personal de la unidad de UTIO, el personal de Neonatología y Obstetricia que ingresa a la unidad, y de la familia que acompaña al momento de la lactancia, b- el baño de clorhexidina que se le realiza diariamente a las pacientes evitando la zona de la aréola y pezón, c- pesquisa de Klebsiella productora de carbapenemasas (KPC) y Enteroco vancomicina resistente (EVR) en todas las pacientes que permanecen por más de 7 días internadas, recibieron antibióticos de amplio espectro o son derivadas de otra institución.

Beneficios de la lactancia materna:⁸

- Favorece el vínculo y el apego.
- Aporta nutrientes.
- Reduce la posibilidad de contraer enfermedades en el neonato.

- Contiene factores moduladores del organismo y la respuesta inmunológica.
- Transporta anticuerpos.
- Ayuda a reducir el riesgo de hemorragia postparto.
- Tiene efecto protector contra la muerte súbita del lactante.

Guía de ejecución:

1. Preguntar a la madre si tiene intención de amamantar.
2. Tomar precauciones infectológicas del servicio.
3. Establecer junto al servicio de obstetricia, si la paciente está en condiciones de amamantar.
4. Solicitar al servicio de neonatología información sobre el estado del recién nacido.
5. Coordinar con neonatología los horarios de alimentación.
6. La enfermera a cargo del neonato lo traslada hacia la UTIO.
7. El neonato, ingresa y egresa a UTIO por transferencia, donde es recibido por el enfermero a cargo de la madre.
8. Permanente asistencia y participación del padre (pareja) o familiar directo de la paciente (padres).
9. Enfermería de UTIO y neonatología trabajan en equipo empleando las técnicas para lograr una lactancia eficaz, permitiendo la participación de la familia.
10. El tiempo de permanencia del niño, lo determina el servicio de neonatología.
11. El neonato regresa a su servicio, acompañado de su enfermero de cabecera y de su padre.

Material y método

Lógica de investigación: cuantitativa-cualitativa.

Tipo de investigación: observacional y descriptiva.

Dimensión temporal: transversal.

Ocurrencia de los hechos: retrospectivo y observacional.

Universo: 393 pacientes.

Área de estudio: Unidad de Terapia Intensiva Obstétrica. Hospital de la Madre y el Niño La Rioja Capital.

Primer período: mayo a noviembre de 2014: 253 pacientes.

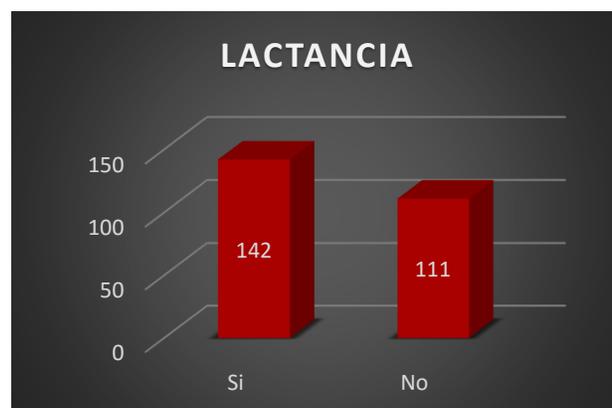
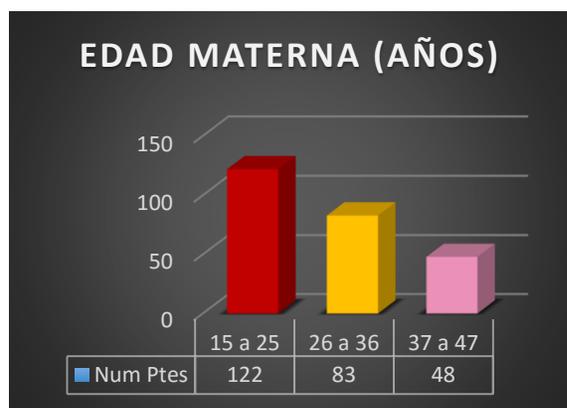
Segundo período: enero a septiembre de 2016: 140 pacientes.

Instrumento de recolección de datos: observación directa y registro.

Resultados

Los principales resultados se presentan en las siguientes gráficas.

Primer período: mayo a noviembre de 2014: 253 pacientes



Segundo período: enero a septiembre de 2016: 140 pacientes



Discusión

Al observar estos gráficos se puede informar, que en dos años se sostuvo el porcentaje de pacientes que pudieron acceder a la lactancia dentro de la UTIO, convirtiendo esta práctica en un estándar de la atención en obstetricia crítica. Muchos centros de Argentina de similares características e incluso unidades polivalentes han demostrado interés en imitar este modelo. Además, la población obstétrica de nuestro medio que requiere atención de terapia intensiva es predominantemente adolescente, denunciando así la necesidad de fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva (SSYR) a modo de disminuir la inci-

dencia del embarazo adolescente y la consabida morbimortalidad a la que las expone.

En nuestra constante búsqueda de la mejora continua y satisfacción de las pacientes, seguiremos fomentando esta buena práctica, que tanta satisfacción emocional nos brindó como equipo de salud.

Intentaremos en el futuro continuar demostrando que la lactancia materna en las unidades intensivas suma más beneficios,^{9,10} en la evolución de las pacientes hasta la completa recuperación y egreso de la UTIO.

Referencias bibliográficas

- 1- José Antonio Rojas Suarez, Medicina crítica en Obstetricia: Algo más que salvar la vida de una gestante. Volumen 2, Numero 2. Revista de Ciencias biomédicas – Editorial año 2011, Colombia.
- 2- Cotton D, Benedetti T. Use of the Swan-Ganz catheter in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 1980; 56:641-645
- 3- Gabriel Heras La Calle "Plan de humanización de las unidades de cuidados intensivos" volumen 9.6 pág. 129-232. Consejería De Sanidad - Comunidad De Madrid. Año 2016 España.
- 4- Breves historias de la Obstetricia. Buenos Aires; Edición Latinoamericana: 2015
- 5- Stuebe A. Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice. *Obstet Gynecol*. 2016; 127(2):420-1
- 6- Hinton L, Loccock L, Knight M. Maternal critical care: what can we learn from patient experience? A qualitative study. *BMJ Open*. 2015;5: e006676.
- 7- Olza-Fernandez I, Garcia-Murillo L, Palanca- Maresca I. Breastfeeding following emergency peripartum hysterectomy y Breastfeed Med. 2012 ;7:307-9.
- 8- Organización mundial de la salud, Salud de la madre, recién nacido, niño, y del adolescente. Lactancia materna. OMS 2017
- 9- Unicef Argentina Lactancia materna y su importancia en la iniciativa Maternidades Seguras y Centradas en la familia (MSCF) Boletín Buenos Aires 2014.
- 10- Organización Panamericana de la Salud. Semana Mundial de la Lactancia Materna 2017. Juntos podemos hacer que la lactancia materna sea sostenible.paho.org.

¹ Hospital de la Madre y el Niño. La Rioja. Argentina. Av. Facundo Quiroga 1261 2P DA Tel: +549-3804531582

La autora no declara conflicto de interés. No apoyo financiero para la preparación y presentación del manuscrito.

Enviado: noviembre de 2017

Aprobado: diciembre de 2017

Publicado: Vol. 17, núm. 1 (2018): enero-marzo

Correspondencia: Dra. Paula A. Juárez. Terapia Intensiva Obstétrica HMYN. Hospital de la Madre y el Niño. La Rioja. Argentina. E-mail: dra.paulajuarez@gmail.com
