



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

Impacto psicológico en la hemorragia posparto

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de Obstetra Partera/o

AUTORES/AS: Br: María Alejandra García Muñoz

Br: Alejandra Marchan Flor

TUTOR/A: Prof. Adj. Dra. Isabel Posada

Co- TUTOR/A: Asist. Clínica. OP. Claudia Goncales

ASESORA: Asiste. Clínica. Psic. Carolina Farías

Montevideo, Agosto 2022

Montevideo, Agosto 2022

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada a nuestros padres, pilares fundamentales en nuestra vida, agradecerles por ser quienes somos, por enseñarnos a luchar siempre por nuestros sueños a pesar de los obstáculos presentados en el camino, nunca dejarnos vencer y siempre volvernos a poner en carrera para hoy estar a un pasito de una de las metas más importante para nosotras!! todo se lo debemos a ellos!!!. A nuestros hermanos por su paciencia, por su aliento a siempre continuar, seguir enfocadas en esta meta más allá de nuestras locuras en el transcurso de la carrera, por escucharnos y estar siempre allí! con las palabras justas!..

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a aquellas docentes y compañeras que fueron fundamentales con su aporte al enriquecernos académicamente y alentarnos siempre.

A nuestra Tutora y cotutora Isabel y Claudia por guiarnos y ser partícipes de nuestra formación en esta hermosa profesión, por aceptar seguir transitando este camino elaborando este trabajo juntas. ¡Gracias!

A Carolina nuestra asesora por ser soporte y apoyo fundamental para la elaboración de nuestro trabajo, por los infinitos aportes realizados. Gracias por enriquecer nuestra formación.

Nos quedan algunas personas en el tintero a quienes destacamos tuvieron esas palabras de apoyo y amor, gracias por su constancia.

Autoras

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
OBJETIVOS	13
CAPÍTULO 1: DEFINICIONES Y CONCEPTUALIZACIÓN	14
1.1 Vías de nacimiento	14
1.2 Alumbramiento y manejo del mismo	16
1.3 Puerperio	17
1.4 Control previo al alta hospitalaria	18
CAPÍTULO 2: HEMORRAGIA POSTPARTO	19
2.1 Definición de HPP y clasificación	20
2.2 Etiología de la HPP	20
2.3 Factores de riesgo asociados a la HPP	21
2.4 Protocolo de activación código rojo	25
CAPÍTULO 3: MUERTE MATERNA Y NEAR MISS	28
3.1 Importancia del tema, definición y clasificación	28
3.2 Historia de Near Miss y su modelo como indicador de disminución de mortalidad materna	31
3.3 Factores psicosociales influyentes en estas pacientes	33
3.4 Relación impacto psicológico /Near Miss	34
CAPÍTULO 4: ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOPATOLÓGICOS DEL PUERPERIO	38
4.1 Baby Blues, Depresión posparto y Psicosis puerperal	39
4.2 Estrés postraumático (TEPT)	43

4.2.1 Manifestaciones clínicas	44
4.2.2 Factores protectores y de riesgo para el TEPT	45
4.2.3 Prevención del TEPT tras el parto	48
CAPÍTULO 5: LA HORA SAGRADA	52
5.1 Apego	53
5.2 Lactancia: beneficios y afectación	56
ANÁLISIS y CONCLUSIÓN	58
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXO 1: Protocolo Código Rojo	70
ANEXO 2: LEY N 18.426 De salud sexual y reproductiva	72
ANEXO 3: Ordenanza Ministerial N° 751/006	80

RESUMEN

La llegada de un hijo es uno de los eventos más importantes y más influyentes en la vida de una mujer. Socialmente, se espera que una mujer que ha dado a luz a un bebé sano esté feliz, satisfecha, contenta y agradecida con la experiencia. Este es el caso de la mayoría de las madres, pero también hay mujeres para quienes el parto puede ser un evento muy traumático, afectando gravemente su adaptación psicosocial en el período posparto, la lactancia e incluso en el vínculo con el bebé. Dentro de las complicaciones que pueden presentarse en el puerperio se encuentran las hemorrágicas, infecciosas, tromboembólicas y trastornos del estado de ánimo, entre otras. Es de interés profundizar y conocer en este trabajo la respuesta e impacto a nivel psicológico que se produce de una complicación grave como lo es la hemorragia posparto. Una vez resuelta la emergencia y fuera de peligro de vida, se presentan otros factores a tener en cuenta que será necesario abordar en conjunto con el equipo de salud, debido a las repercusiones que este acontecimiento traumático ocasiona en lo que refiere al espectro psicosocial. Los trastornos de la salud mental en el puerperio pueden devenir del impacto psicológico que le provoque a la madre la experiencia del parto y post parto, pudiendo llegar a la cronificación de los síntomas al permanecer sin ser tratados durante meses o años al no haber sido detectados. Existen intervenciones y estrategias en las que se puede trabajar para prevenir estos trastornos como ser cautelosos con la información negativa, siempre cuidando la expresión, el entorno y el contexto; considerando la situación personal de cada madre, escuchando la historia previa permitiendo la expresión de emociones y sentimientos; realizando intervenciones para prevenir el sufrimiento psicológico; apoyando la lactancia desde el mismo instante que la madre puede, quiere o se siente con ánimos de intentarla, dando mensajes positivos ofreciendo consejos y técnicas; creando estrategias de soporte emocional, para las madres y sus familias y promoviendo la interacción entre la madre, su hijo y entorno. Todas ellas, son pilares fundamentales para tratar el impacto psicológico que esta patología presenta, brindando así una asistencia continua e integral.

Palabras clave: hemorragia postparto, estrés postraumático, impacto psicológico, apoyo psicológico, puerperio.

ABSTRACT

The arrival of a new born is one of the most important events that can influence a woman's life. It is commonly expected for a woman that had just delivered a healthy baby to be overjoyed with happiness, to be pleased and grateful of the moment she had recently experienced. This is the case of most mothers, but besides there are also women that live the delivery of her baby as a traumatic experience, and this can lead to having troubles finding a way to adapt to the new environment, influencing their psychosocial adaptation to the postpartum, breastfeeding, and it can even affect the bonding with the new born. Some of the health issues a woman can suffer during the puerperium are haemorrhage, infections, thromboembolic, mood swings, among others. This essay seeks to lead to a deeper knowledge of; the response and psychological impact of a health issue during the postpartum such as a haemorrhage. Once the mother is taken care of and her life is out of risk, there are other factors that have to be kept in mind and are required to work in conjunction with diverse areas of the health department due to the repercussions this traumatic event can cause in the patient's psychosocial system. The Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a prevalent issue and it is built on the psychological impact the negative delivery and post-partum experience the new mother encountered, and it could prevailed for months and even years. There are medical interventions and strategies that can be used to work to prevent PTSD within the post-partum haemorrhage, such as been careful while communicating information, keeping in mind the environment and the context the mother is living within. It is also important to keep involved the rest of the family unit. Consider and analyse the personal situation of each patient, in this case the new moms, listening carefully to the history letting the mother express feelings and emotions free of judgments. Do interventions to prevent the psychological issues the mother can suffer from. Encourage the breastfeeding from the instant the mother is physically and mentally prepared to, motivating with positive words, offering advice and explaining techniques. Create strategies to emotionally support the mothers and families, promote the interaction between the mother, the new born and their environment. These are fundamental pillars to treat the psychological impact that this pathology presents which many times affects in a negative way the life quality the mother, the new born and families.

Key words: Haemorrhage, Post-partum, Post-traumatic stress disorder, psychological support, puerperium.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto (HPP) representa una verdadera emergencia obstétrica cuya incidencia varía entre el 5 y 15% a nivel mundial (FLASOG, 2018). Además de ser una de las causas responsables de un elevado número de muertes maternas, deja graves secuelas para aquellas mujeres que logran sobrevivir. Las Near Miss o “casi pérdida” tienen repercusiones de gran importancia como la histerectomía, transfusiones, trastornos de la coagulación, shock hipovolémico, anemia severa y trastornos psicológicos entre otras, pudiendo cualquiera de ellas terminar en daños graves que condicionan muchas veces la calidad de vida de las mujeres y sus familias, acentuándose esas dificultades en países en vías de desarrollo debido a la escasez de recursos en la atención y cuidado materno. En estos casos, el riesgo absoluto de muerte por HPP es de 1 en 1000 vs 1 en 100.000 comparado con países desarrollados, cifras que justifican su abordaje activo como lo ponen de manifiesto los tratados internacionales acordados a nivel de la salud (FLASOG, 2018).

El puerperio es por sí solo un estado de extrema vulnerabilidad, al que se suman las secuelas y repercusiones de la respuesta a la emergencia hemorrágica, que puede provocar depresión, ansiedad, psicosis y/o estrés postraumático (MSP, 2014) tanto por lesiones físicas como también debido al shock emocional que pudiera sufrir la paciente, cuando no ambas. Por ello en dicho trabajo se sugiere vital abordar este impacto.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se ha descrito en algunas obras como los efectos del trauma psicológico en su expresión somática, cognitiva, afectiva y comportamental (van der Kolk et al, 1996), mientras que otros autores opinan que es un trastorno que las personas pueden presentar después de vivir, experimentar o presenciar un acontecimiento que resulte impactante, perjudicial y que genera cierto temor, rechazo o miedo (Martínez, 2021).

La Obstetra Partera es competente abordando una variedad de situaciones, donde además de la formación científica, la motivación y actitud son fundamentales para poder implementar métodos seguros basados en la evidencia disponible que busquen el beneficio de las mujeres y sus familias, satisfaciendo sus necesidades biopsicosociales.

Este trabajo propone, mediante la revisión bibliográfica realizar un abordaje integral del tema, enriquecer conocimientos y herramientas adquiridas durante la formación académica, contribuyendo a la especialización de la profesión con la finalidad de obtener un manejo más integral adecuado a cada situación, que nos permita brindar el apoyo y contención necesaria a las usuarias y sus familias, realizando acciones que apunten a disminuir las complicaciones tanto físicas como psicológicas, captando y derivando de manera oportuna.

Siendo la gestación una excelente oportunidad, en donde detectar factores de riesgo posibles para identificar el TEPT, se considera oportuno ampliar la información sobre este cuadro que requiere un análisis individualizado la implicación personal de las afectadas, adecuados conocimientos de los profesionales y la actualización constante de los modelos sobre la formación del síndrome, factores de riesgo y desencadenantes relacionados con el parto y posparto (Sánchez, 2007).

Se apunta a una revisión bibliográfica que exponga la mirada de diferentes autores sobre el impacto de la hemorragia posparto desde un abordaje biopsicosocial, centrándonos en el plano psicológico que se entiende es el que presenta mayores dificultades debido a su complejidad, ya que conocerlo en más profundidad es necesario, implicando así el contacto de pacientes con mayores herramientas para el profesional que puede llegar a vivenciar este cuadro. Entre las fuentes consultadas presentamos libros, artículos académicos, guías y protocolos clínicos entre otras.

Para su presentación se seleccionaron temas de interés que serán dispuestos en cinco capítulos. El primero presenta conceptos y definiciones generales relevantes al tema a desarrollar. El segundo trata la hemorragia posparto, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y manejo. El tercer capítulo se centra en la muerte materna y la morbilidad

materna aguda (Near Miss). El cuarto capítulo enfoca los aspectos psicológicos del puerperio, presentando las distintas alteraciones del mismo, sobre todo el estrés postraumático como secuela obstétrica. En el apartado siguiente se aborda la hora sagrada, relacionando el apego y vínculo del binomio en el contexto de la emergencia y por último presentamos una reflexión que articule todas las temáticas presentadas y las contraponga a lo adquirido en el plano teórico y práctico.

OBJETIVOS

General

Exponer cuál es el impacto psicológico de las mujeres que han vivenciado una hemorragia posparto.

Específicos

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la hemorragia postparto y su relación con la muerte materna y near miss.
- Definir Estrés Postraumático y su asociación con Near miss
- Analizar pautas de abordaje psicológico en pacientes que atraviesan una hemorragia postparto para evitar estrés postraumático.
- Indagar si existe repercusión en el Apego con el recién nacido respecto al near miss obstétrico

CAPÍTULO 1: DEFINICIONES Y CONCEPTUALIZACIÓN

En esta primera parte desarrollaremos distintos conceptos antes de adentrarnos en la hemorragia en sí misma.

1.1 Vías de nacimiento

Las vías de nacimiento se clasifican en vaginal “natural” o abdominal, siendo el parto vaginal la expulsión de un feto vivo igual o mayor a 500 gr a través de los genitales maternos mayor a 22 semanas. Otros autores afirman que empieza a considerarse a partir de las 20 semanas (Schwarcz, 2005). Cunningham (2015) define el parto por cesárea como el nacimiento de un feto a través de una laparotomía seguida de una histerotomía.

Su diferenciación varía de acuerdo a si la vía de finalización es vaginal o por cesárea, considerándose como natural la culminación vaginal controlada de un recién nacido sano con traumatismo mínimo para la madre, que a su vez constituye el tipo de parto más frecuente, aunque en nuestro país han existido períodos en que las cesáreas gozaron de mayor simpatía por parte de las usuarias y de un porcentaje más alto de práctica por parte de los profesionales de la salud, poniendo de relieve los intereses económicos y la falta de información existente, lo que no quita que existan circunstancias clínicas y complicaciones materno fetales que requieren de la necesidad o elección de una cesárea con la finalidad de asegurar el nacimiento salvando la vida del binomio e incidiendo positivamente en la disminución de la morbimortalidad materno perinatal, Cópola (2015). Constituyen indicaciones de cesáreas electivas, en curso o de recurso y de urgencia las siguientes situaciones que se pueden agrupar en maternas, fetales o mixtas: placenta previa oclusiva total, presentación transversa, podálica u oblicua, macrosomía fetal, embarazo múltiple, infección materna activa por herpes, desproporción pélvico-fetal, fracaso de inducción, distocia de dilatación o de descenso y parto estacionado, rotura uterina, prolapso de cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa con hemorragia que comprometa el estado hemodinámico de la paciente y embolia del líquido amniótico, entre otras (Clínic Barcelona, 2020).

Lo beneficioso del parto vaginal comparado con la cesárea son; presenta menor riesgo de hemorragias e infecciones, mayores índices de recuperación física para la madre, menores complicaciones de anestesia e histerectomía, tiene mejores resultados neonatales al transitar por el trabajo de parto teniendo menor incidencia en el distrés respiratorio y presenta una mejor adaptación a la vida extrauterina ya que atravesar el canal de parto implica colonizarse con la microbiota de la vagina que protege a los fetos teniendo menos riesgo de enfermedades inmunes. En ámbitos generales tiene mejor recuperación física para la madre en sentido que el parto es menos agresivo para ambos y favorece el vínculo madre hijo ya que inmediatamente luego del mismo se fomentará la colocación piel con piel del niño en el pecho materno. El inicio temprano de la lactancia materna es sumamente beneficioso tanto para el recién nacido como para la prevención de hemorragia posparto ya que contribuye en la contracción del útero disminuyendo el riesgo de sangrado por el aumento de la oxitocina.

En cuanto a la asistencia del parto vaginal, en ocasiones es necesario realizar una episiotomía. Esta técnica es una incisión quirúrgica en el periné femenino que se realiza previo a la expulsión de la cabeza fetal, con la finalidad de facilitar la salida del feto disminuyendo así la incidencia de desgarros de 3er y 4to grado, aunque existe en la literatura evidencia en contra de esto (Berzain et al 2014). Anteriormente se practicaba de forma rutinaria en la mayoría de los partos y se creía que evitaba desgarros en el periné. Hoy en día los casos en los que está indicada son cuando existe la necesidad de acelerar el parto por sospecha de pérdida de bienestar fetal, macrosomía, distocia de hombros y en parto instrumental o podálica. Se realiza idealmente bajo consentimiento materno y previa analgesia en la zona. Aun así existen casos de emergencia donde no se cuenta con tiempo suficiente y el compromiso fetal es agudo. La técnica recomendada es la mediolateral derecha que consiste en la incisión desde la horquilla vulvar hacia la tuberosidad isquiática en un ángulo de entre 45 y 60 grados respecto al eje vertical, comprometiendo piel, mucosa, músculo bulbo cavernoso y transversal superficial del periné. De no presentar complicaciones, la cicatrización de la sutura denominada episiorrafia se resuelve en una semana, siendo congruente el cuidado e higiene de la misma ya que aumenta las probabilidades de infección y dehiscencia de la episiotomía en el puerperio (MSP, 2014).

1.2 Alumbramiento y manejo del mismo

El alumbramiento o tercera etapa del parto, es el período transcurrido desde el

nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta. El desprendimiento de la misma es consecuencia de las contracciones uterinas continuadas. El intervalo entre el parto, la expulsión de la placenta y las membranas fetales suele ser menor a 10 minutos y en el 95% de los casos se completa en unos 15 min, pudiéndose extender hasta 30 min sin que esto comprometa mayor riesgo (CLAP, 2012).

El riesgo más relevante asociado a la patología del alumbramiento es la hemorragia y dicho riesgo aumenta de modo proporcional a la duración del mismo. Se debe controlar en este período la presión arterial y pulso materno, la pérdida de sangre, piel y mucosas conjuntamente con los signos de desprendimiento de la placenta. El abordaje del alumbramiento puede ser expectante o activo. El expectante consiste en esperar la expulsión de la placenta sin pinzamiento ni tracción del cordón umbilical y sin administración de uterotónicos. El abordaje activo se realiza mediante combinación de pinzamiento temprano, tracción controlada del cordón y administración de un uterotónico, el cual suele ser la oxitocina (Gabbe, 2019). En comparación con el abordaje expectante, el activo se ha asociado a menor riesgo de hemorragia posparto. En ambos casos se debe corroborar la expulsión íntegra de la placenta y membranas fetales (Gabbe, 2019). Para la prevención de la hemorragia postparto, la literatura académica y científica disponible, ha demostrado que la única maniobra efectiva es el manejo activo del tercer período, claramente sustentada bajo el nivel de evidencia A .¹

¹ Nivel de evidencia A .En gestantes de alto riesgo para HPP hay reducción del 62% de pérdida de sangre mayor a 500cc y del 67% en pérdida mayor a 1000 cc, 66% de disminución en requerimiento de transfusión de sangre y 80% Menos necesidad de oxitocina terapéutica CLAP (2010) .

1.3 Puerperio

Entendido este como el intervalo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado basal antes de la gravidez, con excepción de la glándula mamaria que alcanza su estado de

madurez total con el fin de brindar al recién nacido su alimento básico con el inicio de la lactancia. Los trastornos o complicaciones devenidos del parto o nacimiento también se pueden detectar durante esta etapa.

Según Gabbe (2019), el puerperio se puede dividir en:

- Puerperio inmediato: 24 horas. Incluye el puerperio post parto (2 primeras horas, vigilar hemorragias).
- Puerperio precoz o propiamente dicho: primera semana.
- Puerperio tardío: 40-45 días (retorno de la menstruación, si no se instaura la lactancia)
- Puerperio alejado: 45 días hasta un límite impreciso.

Entre los cambios fisiológicos del puerperio podemos mencionar la involución uterina, tras la expulsión placentaria. El útero se contrae rápidamente como mecanismo hemostático para comprimir los vasos miometriales y se sitúa a nivel de la cicatriz umbilical. Al día siguiente el fondo uterino habrá ascendido por la formación de coágulos intrauterinos alcanzando o superando ligeramente el nivel del ombligo. Posteriormente desciende a razón de 0,5-1 cm/día, alcanzando el nivel de la sínfisis del pubis en la segunda semana del puerperio. Hacia la sexta semana logra su tamaño definitivo, algo mayor que el previo al embarazo. Esta disminución del tamaño uterino se acompaña durante los 2-3 primeros días de contracciones uterinas dolorosas denominadas entuertos, más frecuentes en multíparas y durante la lactancia materna por el estímulo oxitócico. La palpación uterina debe dar sensación de firmeza, por el estado constante de contracción tónica que mantienen sus fibras musculares lisas.

Los loquios son exudados genitales del puerperio constituidos por sangre, decidua, restos epiteliales y microorganismos, en proporción variable: sanguinolentos y más abundantes al inicio (hasta 50-100 g/día los primeros 4-5 días) que progresivamente van disminuyendo y adquiriendo un aspecto exudativo blanco-amarillento. Su fuerte olor sin llegar a ser maloliente, es muy característico y puede persistir unas dos semanas. Durante la involución cervical, el cuello permanece fácilmente permeable a 2 dedos durante los primeros días, lo que ayuda a la evacuación de los loquios. La vagina permanece edematosa y friable, pudiéndose desgarrar tras exploraciones no cuidadosas o si se practica el coito. Los restos del himen cicatrizan formando pequeñas

excreciones fibrosas denominadas carúnculas mirtiformes.

Dentro de las complicaciones atribuidas a este período se encuentran los procesos hemolíticos, infecciosos, tromboembólicos y psicológicos los cuales llegan a ser graves. A pesar de ser mucho menos complejo que el embarazo, el puerperio tiene una serie de cambios apreciables, algunos de los cuales son molestos o preocupantes para la nueva madre. Este tema se desarrollará en los capítulos correspondientes.

1.4 Control previo al alta hospitalaria

Previo al alta hospitalaria: 48 horas después del parto vaginal, o 72 horas luego del parto por cesárea; se informa a la usuaria sobre ciertos signos y síntomas de alarma frente a los cuales debe consultar de manera inmediata a su Servicio de Salud en el sector de emergencias. Como mencionamos anteriormente durante este período se mantienen las posibles complicaciones de hemorragia posparto tardía y aumentan los riesgos de infecciones. Entre dichos signos podemos encontrar: fiebre mayor a 38° C, chuchos de frío, malestar general, decaimiento y loquios malolientes, dolor o rubor mamario, dolor abdominopélvico que no ceda con analgésicos comunes y presencia de síntomas urinarios. La mujer durante este período puede postergar el cuidado de su salud ya que priorizará la de su bebé, además de retomar con las actividades hogareñas, el cuidado de otros hijos o su familia, de tal forma que si no está bien informada puede no reconocer o minimizar síntomas de infección consultando de forma tardía pudiendo presentar graves repercusiones como sería el caso de sepsis materna (MSP, 2014).

CAPÍTULO 2: HEMORRAGIA POSTPARTO

Para el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP 2010) la hemorragia posparto es una circunstancia que puede constituir una urgencia y a la vez una emergencia con el riesgo de perder un órgano e incluso la vida. La HPP es la principal causa de

mortalidad materna directa a nivel mundial, siendo responsable del 25 al 30% de las muertes maternas lo que la transforma en la más temida, pese a que en la mayoría de los casos sea evitable. En los países desarrollados se estima que su incidencia no supera el 5% (FASGO, 2019). Teniendo en cuenta que el 60% de los casos de HPP no presenta ningún factor de riesgo, la prevención de esta emergencia así como la identificación de factores de riesgo y su manejo, fueron motivo de múltiples estudios de investigación, criterios de medicina basados en la evidencia y revisiones bibliográficas con el objetivo de continuar trabajando en la disminución de muertes maternas por esta causa.

Actualmente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en su tercer objetivo se plantean como meta reducir la mortalidad materna a un 70 por cada 100 mil nacidos vivos en el año 2030. La mortalidad en el transcurso del embarazo, parto y puerperio está consignada como un dilema sin resolver, pese a contar con avances y logros enfocados en el área gineco - obstétrica. La HPP se ha convertido en un problema grave por lo que es necesario conocer sus causas y factores de riesgo. En el área rural es donde ocurre la mayoría de las muertes maternas en comparación con el área urbana debido a un gran número de limitaciones, sumado a un gran porcentaje de desconocimiento del cuidado de la gestación, menores recursos económicos, menor acceso a la educación y desnutrición, entre otras (Alvarez, 2011).

Por lo tanto, es fundamental para el Obstetra tener una comprensión profunda de los cambios hemodinámicos que acompañan a la gestación, las adaptaciones de la madre que ocurren con la pérdida sanguínea excesiva y los principios del tratamiento de la hemorragia obstétrica, así como las repercusiones tanto físicas como psicosociales asociadas a este cuadro.

2.1 Definición de HPP y clasificación

La hemorragia post parto (HPP) se define como la pérdida sanguínea mayor a 500cc luego del parto o de 1000 cc luego de una cesárea; en las primeras 24 horas post

nacimiento. Se considera grave cuando la pérdida de sangre es superior a 1000 ml después del parto por vía vaginal o presenta los signos o síntomas de inestabilidad hemodinámica.

Se puede clasificar en primaria y secundaria; siendo la primaria aquella que se instala en las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a la atonía uterina. La secundaria o tardía se produce luego de las 24 horas y hasta seis semanas post parto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de restos ovulares, infección o ambas (CLAP, 2012).

2.2 Etiología de la HPP

El inicio de una hemorragia post parto está determinado por la alteración de uno o más de uno de los 4 pilares principales (4 T):

- a) Alteraciones del tono uterino (70%): hipotonía, atonía uterina. Esta puede ocurrir cuando existe: sobredistensión uterina, agotamiento de la musculatura uterina, infecciones, anomalía uterina y fármacos útero-relajantes.
- b) Trauma (19%): laceración cervico-vaginal, prolongación de la histerotomía en la cesárea, rotura uterina, inversión uterina
- c) Tejido (10%): retención de restos post parto: placenta, membranas, alumbramiento incompleto.
- d) Trombina (1%): alteraciones de la coagulación preexistentes o adquiridas durante la gestación (FASGO, 2019).

Cuando se desencadena una hemorragia obstétrica, como en cualquier cuadro hemorrágico, en función del volumen y de la rapidez con la que se instaura la pérdida sanguínea, se presentan diferentes síntomas y signos clínicos que representarán la gravedad de la pérdida hemática y el grado de shock hemorrágico. Los síntomas y signos clínicos de pérdida hemática, incluyen; debilidad, sudoración y taquicardia puede

no aparecer hasta que la pérdida de sangre llega al 15-25% del volumen sanguíneo, y la inestabilidad hemodinámica marcada no aparece hasta que las pérdidas alcanzan el 35-45%, por lo que es importante tener en cuenta la presentación clínica en conjunto con los datos objetivos, sin descartar la posibilidad de sangrado oculto en útero, cavidad peritoneal o retroperitoneal y la posibilidad de enmascaramiento de los signos de shock hemorrágico debido a los cambios fisiológicos del embarazo (FLASOG, 2018).

El aumento fisiológico de la volemia durante el embarazo hace que a finales del tercer trimestre el flujo de la arteria uterina llegue a valores entre 500 a 700 ml/min que corresponden a un 12 - 15% del gasto cardíaco (comparado con la de una mujer no embarazada que es de 3.5 %), por lo tanto en ausencia de un proceso homeostático adecuado la hemorragia no controlada puede ser mortal y debido a que el volumen circulante también está aumentado, los signos y síntomas tempranos de una pérdida sanguínea pueden no aparecer hasta que éstas sean mayores al 25% del volumen sanguíneo equivalente a (\geq 1500 ml en el embarazo), (Rivera et al, 2020).

Es importante reconocer que el tratamiento inicial de la HPP depende del diagnóstico adecuado de la causa, por lo que se sugiere recordar desde el punto de vista etiológico el nemotécnico: las cuatro "T" (tono, trauma, tejido, trombina), el buen desempeño del equipo y reconocimiento de estos pilares nos alerta sobre el posible diagnóstico y manejo para la detección temprana y prevención de complicaciones que pueden significar de gravedad, al no identificar a tiempo las mismas.

2.3 Factores de riesgo asociados a la HPP

Un factor de riesgo es aquel elemento, circunstancia o influencia que es capaz de contribuir para producir un resultado negativo. En el caso de la hemorragia postparto las repercusiones que ocasiona tanto físicas como psicológicas se ven asociadas a ellos. Con el propósito de ordenar todas las variables que algunos de los investigadores han utilizado en sus estudios, se han clasificado en factores de riesgo maternos, fetales y ovulares.

En relación a los factores de riesgo maternos, los más frecuentes son la multiparidad, la edad materna avanzada, la inducción del parto, parto instrumental, preeclampsia, trastorno de la coagulación y antecedente de HPP en embarazos anteriores (este factor aumenta entre 9 y 18 veces la probabilidad de reiterar este evento en futuros embarazos), entre otros (Rivera et al, 2020). Dentro de los fetales los más frecuentes son la macrosomía y el embarazo múltiple. Como factores ovulares debemos mencionar al polihidramnios, la placenta previa y los trastornos adherenciales placentarios que pueden estar asociados a ésta. En cuanto la sobredistensión uterina y la multiparidad, por ejemplo, la principal causa radica habitualmente en el debilitamiento de las fibras musculares, perdiendo el útero su capacidad de contraerse con rapidez y firmeza suficiente para lograr una buena hemostasia (Clinic, 2020).

Los dos factores de riesgo más importantes para la HPP son sin duda el acretismo placentario y placenta previa por lo que nos parece importante mencionarlos. (FLASOG, 2018) (Royal College, 2018).

La placenta previa (PP), se da cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero. La prevalencia es del 0,25- 0,5% en las gestaciones únicas. El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas. También hay un mayor riesgo en casos de cirugía uterina como miomectomía o en antecedentes de legrado o extracción manual de placenta. Su incidencia supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre, se considera una causa frecuente de transfusión materna y de histerectomía obstétrica, con una morbimortalidad perinatal no despreciable. El principal factor de riesgo para la existencia del acretismo placentario es la placenta previa oclusiva (PPO), especialmente en casos de cicatriz uterina de cesárea (Royal College, 2018).

No hay un claro consenso en la clasificación de la placenta previa, pero los criterios más utilizados en la actualidad en base a la bibliografía son los siguientes:

- Grado I o previa menor se define como la placenta se encuentra sobre el borde inferior dentro del segmento uterino inferior;
- Grado II o previa marginal como un borde inferior de la placenta que llega al orificio interno;
- Grado III o previa parcial cuando la placenta cubre parcialmente el cuello uterino;
- Grado IV o previa completa cuando la placenta cubre completamente el cuello uterino. Los grados III y IV también se denominan placenta previa mayor.

La relación entre la existencia de una placenta previa y el riesgo de hemorragia posparto grave se debe fundamentalmente a su asociación con los trastornos adherenciales placentarios.

Se entiende que hay acretismo placentario o trastorno adherencial placentario, cuando existe una anomalía en la placentación, caracterizada por una adherencia anormal de la placenta a la pared uterina. En esta patología, las vellosidades se fijan al miometrio, lo invaden o penetran clasificándose según las capas uterinas comprometidas en:

- i) Acreta. La placenta se fija directamente a la pared miometrial, no es posible el alumbramiento y retracción uterina fisiológica post parto.
- ii) Increta. Las vellosidades placentarias invaden el espesor del miometrio. Desde afuera el útero se ve negro e infiltrado con sangre: "Útero de Couvelaire" (el útero de Couvelaire también puede presentarse en el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera o DPPNI constituyendo éste otro factor de riesgo de hemorragia postparto).
- iii) Percreta. Las vellosidades coriales traspasan la pared miometrial e invaden tejidos vecinos, habitualmente vejiga y/o recto (Schwartz, 2005).

Las lesiones del canal del parto son otro dato significativo a tener en cuenta. El desgarro vagino-perineal es una complicación de la atención del parto. Según el grado de compromiso tisular del desgarro, se clasifican en cuatro grados: i) Grado I (solo compromete piel perineal); ii) Grado II (compromete músculos perineales); iii) Grado III (compromete el esfínter anal) y iv) Grado IV (compromete la mucosa rectal).

Otro aspecto a tener en cuenta es el factor biológico propio de la mujer, cómo ser la coagulación y la anemia. La frecuencia general de incidencia establecida para las hemorragias obstétricas por alteraciones de la coagulación sanguínea ha sido de 1 en 2 mil nacimientos y pueden presentarse en las siguientes complicaciones: síndrome preeclampsia-eclampsia, óbito fetal, aborto séptico complicado con shock séptico, el cual tiene una alta mortalidad cuando se asocia a coagulación intravascular diseminada (CID), el desprendimiento de la placenta normoinsera o hematoma retro placentario (HRP), el embolismo de líquido amniótico (ELA) y en los casos de trombosis venosas superficiales o profundas debido a la anticoagulación (Gabbe, 2019). Para el caso de la anemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) determina los siguientes valores para una mujer embarazada: sin anemia (Hb >11 g/dl), con anemia (Hb < 11g/dl o Hto < 33%). Se clasifican según el valor de la hemoglobina en: leve (entre 10 y 10,9 g/dl), moderada (entre 7 y 9,9 g/dl) y severa (menor a 7g/dl). Estos valores son claves para determinar el estado funcional previo de la paciente y su capacidad de respuesta

frente a un sangrado masivo, ya que cuanto más severa es la anemia menor será el volumen de pérdida sanguínea necesario para causar un shock hipovolémico.

Existen otros factores de riesgo a tener en cuenta que se relacionan con la atención prenatal. Con ella se realiza la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto por parte del profesional de salud multidisciplinario para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Debemos considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo desde un inicio y brindar intervenciones que permitan la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo, aportando en la educación para el autocuidado con participación de la familia, tratando las complicaciones con un enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos. La OMS recomienda que se debe contar con un mínimo de cinco atenciones prenatales, considerándose el embarazo bien controlado en cantidad y calidad.

Con respecto a la edad materna, dentro de la historia clínica materno perinatal, elaborado por la unidad técnica de la Organización Panamericana de la Salud se distribuyen tres grupos de edades: las menores de 15 años, las de 15 a 35 años y las mayores a 35 años, aludiendo al inicio de la edad fértil y el último grupo aludiendo a las gestantes añosas. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.

2.4 Protocolo de activación código rojo

El comportamiento y las repercusiones de la mortalidad materna en los últimos años ha situado a la hemorragia obstétrica en el primer lugar. Teniendo en cuenta la importancia que representa se priorizan acciones que impacten en la reducción de las mismas, implementando la estrategia de “Código Rojo”, la cual está basada en los estándares principales que se relacionan al manejo óptimo del tiempo y una reposición adecuada del volumen sanguíneo. Es necesario trabajar en equipo insistiendo en la utilización de

los lineamientos técnicos y clínicos para la prevención y manejo de la hemorragia y sus complicaciones. Toda unidad de obstetricia debe contar con este equipo que le permita trabajar de una forma sistematizada y organizada.

La medida del Índice de choque (IC) se puede calcular de forma rápida, tomando la frecuencia cardíaca sobre la presión arterial sistólica. De esta manera se clasifica el índice en leve, moderado o severo. El mismo es el resultado de la respuesta fisiológica que se presenta en el sistema cardiovascular debido a la pérdida significativa de sangre, pudiendo identificar pacientes con choque severo que aún no presenten hipotensión, como el caso de la gestante debido a sus cambios fisiológicos de incremento del volumen circulante, y ser útil en aquellos casos en los cuales la pérdida de sangre no es evidente. El IC normal es de 0,7 a 0,9 y valores superiores se consideran anormales.

El código rojo se activará una vez se haya identificado el sangrado anormal (pérdida sanguínea mayor o igual a 500/1000 ml respectivamente dependiendo la vía de finalización) o ante la presencia de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica. Para llevarlo a cabo de manera organizada y con los resultados óptimos son necesarios tres participantes, una primera persona que comande, una segunda circulante y una tercera encargada de la administración de la medicación. En base al índice de choque conoceremos la severidad. Será necesario valorar cada caso en particular alertando a guardia médica, banco de sangre y block en base a sus requerimientos. El manejo estará dirigido a la estabilidad y búsqueda de la causa que estaría ocasionando dichas repercusiones, esta se desprende de las 4 Ts. Realizar una correcta evaluación clínica del periné, vagina y cérvix en conjunto con la palpación uterina valorando el estado hemodinámico, a su vez colocar accesos venosos y administrar soluciones expansoras, oxígeno, medir diuresis y obtener muestras de sangre.

En el caso de hemorragia por alteración del tono (atonía uterina) el tratamiento medicamentoso recomendado es el siguiente:

- Oxitocina: a 20 U diluidas en 500 ml de suero fisiológico (para pasar en 4 horas a 125 ml/hora)
- Metilergonovina 0,2 mg: 1 ampolla i/m (nivel de evidencia 1) Contraindicado en HTA (por lo tanto en preeclampsia)
- Carbetocina 100 mcg: 1 ampolla i/v en bolo
- Misoprostol tabletas : 200 a 400 mcg i/r

Conjuntamente con éste tratamiento se deberá efectuar un masaje bimanual del útero inmediatamente una vez que se identifique la atonía. Se inserta una mano en la vagina y la otra mano sobre el abdomen presionando el fondo uterino y ejerciendo esta presión

hasta que se corrija el sangrado o el útero esté bien retraído.

En caso de que estas medidas no funcionen se deberá efectuar técnicas compresivas intrauterinas (taponamiento con gasas y/o balón de Bakri) y proceder a las intervenciones quirúrgicas conservadoras y/o no conservadoras. Básicamente éstas medidas se tomarán dependiendo los recursos de la institución donde ocurra la emergencia y teniendo en cuenta la preservación de la fertilidad de la paciente.

Las técnicas conservadoras son: suturas compresivas (B Lynch), ligaduras vasculares y embolización arterial.

Por otro lado, la histerectomía total o subtotal son las técnicas no conservadoras (Palermo, 2014).

Se recomienda la administración de ácido tranexámico en dosis de 1 g por vía IV cada 6 horas, mínimo 4 dosis, en las siguientes situaciones:

- Hemorragia post parto secundaria a traumatismo del canal del parto. – Sospecha de trastornos de la coagulación por historia clínica.
- Hemorragia post parto que no ceda al manejo médico después de la aplicación de las medidas iniciales (CLAP 2012; Clínic Barcelona, 2012).

Reforzando lo dicho anteriormente dada la importante morbimortalidad materna, es sumamente necesario que el personal esté capacitado para identificar rápidamente dicha patología e iniciar un manejo oportuno. Es fundamental la implementación del código rojo como medida estándar para la prevención de la muerte materna. El empleo de una metodología adecuada para la evaluación y tratamiento, garantiza disminuir la morbimortalidad por HPP y preservar su salud reproductiva por lo que es vital conocer su manejo. Adjuntamos en apartado anexo el protocolo guía de activación código rojo.

Una vez superado el riesgo de muerte inminente, dentro de las complicaciones más comunes de la hemorragia podemos destacar las tromboembólicas, anémicas e infecciosas. Las consecuencias de una hipoperfusión derivan en acidosis láctica y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica incluyendo una falla renal aguda que puede derivar en complicaciones tardías. Se ha estudiado que estas pacientes tienen riesgo secundario aumentado para: síndrome de distrés respiratorio del adulto, coagulación intravascular diseminada, síndrome de Sheehan, síndrome de Asherman,

síndrome de compartimental abdominal y trastorno de estrés postraumático. También de requerir una histerectomía, la pérdida de la fertilidad (Rivera et al 2020).

CAPÍTULO 3: MUERTE MATERNA Y NEAR MISS

A continuación desarrollaremos en el presente capítulo la muerte materna en primera instancia, para luego darle lugar a las Near Miss, abarcando los aspectos que creemos más relevantes: prevalencia, definición, clasificación, guías y estudios respecto al impacto de esta emergencia en mujeres que atraviesan este grave problema de Salud pública con gran repercusión a nivel mundial.

3.1 Importancia del tema, definición y clasificación

Pese a ser un problema en el que los respectivos sistemas de salud a nivel mundial están trabajando activamente, continúa reportando cifras alarmantemente altas sobre todo en aquellos países o regiones subdesarrolladas. Cada día mueren unas 830 mujeres por complicaciones asociadas al embarazo y el parto o después de ellos, siendo la mayoría de estos decesos prevenibles siempre que se cuente con los servicios y la preparación necesaria para brindar los cuidados básicos a la mujer y el feto. Es a partir de la década del 90 que se experimentaron los mayores progresos en las regiones más necesitadas, pero dicha aceleración experimentó un descenso importante entre principios del siglo XXI y el 2015 viéndose comprometida seriamente la meta de reducción establecida para el 2030.

Nuestro país no ha estado ajeno a esta situación y ha disminuido la tasa de mortalidad materna significativamente en los últimos 25 años, presentando en la actualidad la tasa más baja de las Américas, justo detrás de Canadá, con 11 muertes cada 100.000 recién nacidos vivos. Esto gracias a las políticas del nuevo Sistema Integral de Salud y a ser un pionero en la implementación de Servicios de educación sexual y reproductiva (Búsqueda, 2021).²

²Ley 18.426 Salud Sexual y Reproductiva incluida en anexo.

Para Briozzo et.al (2020) la reducción se debe fundamentalmente a la disminución del aborto inseguro (responsable de casi el 40% de las muertes maternas al comienzo de la década del 2000) en el contexto de la promoción de todos los derechos sexuales y reproductivos y el aseguramiento de las prestaciones sanitarias.

La mortalidad materna es aquella que ocurre durante el embarazo desde el primer día de la concepción, hasta los 42 días de puerperio. Se clasifican en directas e indirectas; las primeras son aquellas que resultan de complicaciones presentes durante la gestación, mientras que las indirectas son aquellas situaciones presentes previo a la gestación, que por los procesos fisiológicos propios del embarazo se vieron afectadas y que no fue debido a causas obstétricas (CLAP, 2012).

Cowen (2014) expresa, cuando la paciente es asistida en los servicios de salud, que la demora en el reconocimiento de la hipovolemia y el inadecuado reemplazo del volumen, son la razón principal de mortalidad materna. Se estima que alrededor de 14 millones de mujeres sufren una pérdida de sangre severa después del parto, el 1% de éstas muere y un 12% adicional sobrevive con anemia severa u otro tipo de repercusión de gran importancia.

La mortalidad por HPP está directamente relacionada con la duración del sangrado, retrasos en el diagnóstico o en la referencia, en el manejo incorrecto y en los procesos de reanimación. 88 % de las muertes maternas por HPP ocurren dentro de las 4 horas postparto. Una mujer con HPP puede morir en 2 horas si no recibe atención médica inmediata (OPS, 2015).

Según Cochrane (2018) la auditoría y la revisión de muertes maternas y perinatales se recomiendan ampliamente como una intervención para reducir la mortalidad materna y perinatal, y para mejorar la calidad de la atención pudiendo ser clave para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

En Uruguay, existe la Comisión Nacional para el monitoreo y reducción de la mortalidad de causa obstétrica según la ordenanza ministerial N° 751/006 (Ver anexo 3). Actualmente esta comisión además de monitorear la muerte de mujeres por embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto monitorea la morbilidad materna producto de estas causas, como queda establecido en el Sistema Informático Perinatal (SIP) donde se ³ registra entre otros este dato. La ordenanza antes mencionada establece que por cada mujer que pierde la vida a causa de un evento obstétrico, muchas otras corren el mismo riesgo, quedando a veces con secuelas temporales o permanentes. Por lo cual monitorear la morbilidad severa es recomendado por distintas organizaciones expertas en el monitoreo de salud materna.

La disminución de la mortalidad materna, primer objetivo en el programa de metas del milenio firmado en 1990 frente a OMS-OPS con fecha tope 2015, estableció que se debía reducir un 75% de la mortalidad en cada país o región. Concluyendo en la fecha establecida que si bien hubo una disminución a nivel mundial no se llegó a cumplir con la cifra pactada prácticamente en ningún país. En respuesta muchos países expresaron dicha cifra como un objetivo bastante estricto, ya que en su gran mayoría en América latina, el África subsahariana y el sudeste asiático, cuentan con limitaciones para impactar en la morbilidad materna, siendo Suecia el único país reportado que cumplió con un 75% de reducción de sus tasas en el momento del parto y puerperio (OMS, 2015).

Posteriormente al 2015 viene un reemplazo de las metas del milenio y se le da paso a las metas del desarrollo sostenible (SDG), firmadas y programadas para concluir las mediante el informe y la retroalimentación en el año 2030.

³ SIP. Es una herramienta fundamental de recolección de datos y distintos análisis clínicos que permite obtener mejores indicadores confiables así como también el monitoreo y seguimiento en salud materno-perinatal para la correcta toma de decisiones.

Es desde aquí donde surge la idea de revisar, evaluar, analizar y auditar los casos

donde la paciente no fallece; pero sí presenta morbilidad por hemorragia postparto, sepsis o preeclampsia, entre otros. De esta manera se busca disminuir la mortalidad a causa de estas patologías obstétricas graves. Es decir que estudiando a estas pacientes, se pueden identificar las herramientas que resultaron efectivas en evitar la muerte materna y de esta forma se pueden aplicar para reducir la mortalidad global por estas causas.

3.2 Historia de Near Miss y su modelo como indicador de disminución de mortalidad materna

El término de Near Miss experimentó una transformación desde su acuñación en 1991 por Stones hasta la actualidad, refiriéndose originalmente a complicaciones, pérdida o morbilidad que acabó por comprender las circunstancias que llevaron a las mujeres implicadas a salvar sus vidas ya sea desde el aspecto estructural, psicosocial y/o cultural. Es por esa razón que se incluye la vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (NMM) definida como ; una mujer que estuvo cerca de morir, pero que sobrevivió a una complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días post parto (OMS, 2015).

La complicación materna severa se define como una condición que potencialmente pone en peligro la vida de la gestante y su producto. Las condiciones clínicas que se incluyen en estas categorías fueron publicadas por la OMS (2021), por el Grupo de Trabajo de Muertes Maternas y Clasificación de Morbilidad. En la guía de la OMS se incluyen 5 condiciones que son usadas como parte de los criterios de inclusión: Hemorragia posparto severa, síndrome preeclampsia -eclampsia severa, rotura uterina, sepsis e infección sistémica severa.

El adecuado monitoreo no solo de la mortalidad, sino también de la morbilidad materna grave o extrema, forma parte de las prácticas que se deben realizar a fin de tener un adecuado cumplimiento de compromisos internacionales en salud. Sin embargo, aún cuando la OMS ha señalado como una de las principales potencialidades del enfoque Near Miss el dar cuenta sobre los obstáculos que las mujeres enfrentan para acceder a la atención obstétrica oportuna; no incluye la importancia de recuperar la experiencia de las mujeres en la situación crítica o la emergencia obstétrica (Álvarez et al 2012).

Experiencias que representan vital importancia para mejorar el manejo y tratamiento de secuelas psicológicas realizando un seguimiento a esta paciente y familia que hayan atravesado una situación que marca muchas veces un antes y un después en sus vidas.

La OPS, OMS y CLAP (2015) han trabajado precisamente en la identificación de pacientes near miss y en incorporar ésta captura dentro de la hoja de historia clínica perinatal en la cual se realizaron modificaciones conforme a la literatura por criterios: clínicos, valores de laboratorio, enfermedades e intervenciones. Uruguay utiliza un formulario propio que relaciona el near miss con el ingreso a UCI (unidad de cuidados intensivos), para captar estas pacientes.

Los cambios que se realizaron en la historia clínica perinatal, incluyen información que debería permitirnos en los próximos años un mejor análisis de las pacientes mórbidas o near miss, para realizar luego un resultado analítico y poder llevar a cabo entonces intervenciones adecuadas.

Captando estas pacientes se logra poder obtener un mayor número de casos que permita un mejor análisis. Entonces, en lugar de analizar porqué tuvimos una muerte materna por hemorragia postparto, podríamos analizar la morbilidad que producen los fenómenos hemorrágicos y así saber si estamos llevando a cabo las intervenciones adecuadas para disminuir dichas complicaciones. Identificando tempranamente dónde intervenir podremos disminuir el número de Near Miss y muertes maternas, estableciendo con esto una mejora en la calidad de atención que se está brindando.

Las repercusiones permanentes (discapacidades, secuelas e infertilidad) se presentan en pacientes que salen impactados tanto física como emocionalmente. Tanto la evaluación como la auditoría, pueden identificar vulnerabilidad geográfica, étnica, de edad, condición socioeconómica, etc.

Estrategias planteadas para lograrlo:

- Prevención de embarazos no deseados
- Acceso universal a los servicios de maternidad
- Recurso humano calificado
- Información y rendición de cuentas OPS/cada 2 años

Estas pacientes Near Miss deben ser identificadas para obtener una mayor cantidad de elementos para auditar, analizar, evaluar y finalmente lograr una pauta para evitar estos escenarios de consumo emocional, social, gubernamental, de recursos y médicos, entre otros. Todo esto con el fin de evitar que las pacientes lleguen a Near Miss y que eventualmente culminen en la muerte materna. Muchos países están implementando la vigilancia de Salud Pública de las Near Miss más allá de la enfermedad per se (más allá de los datos recabados), apuestan a incluir todo el contexto en el cual se desarrolla la salud materna como los determinantes sociales, desigualdades etc. Siguiendo las recomendaciones de (OPS/OMS/CLAP, 2015).

La morbilidad materna extrema (MME), es un indicador de desarrollo y de calidad de asistencia de un país en base a los cuidados obstétricos teniendo una importante relación con la mortalidad materna, reconociéndose que por cada muerte materna cerca de 100/118 pacientes sufren de MME (Fernández, et al 2015)

Varios estudios han evaluado la perspectiva de las mujeres que pasaron esta situación. En el caso de Colombia, se realizó un estudio titulado "Percepción de calidad de vida en sobrevivientes a morbilidad materna extrema en una ciudad colombiana" (Chavez, 2021) en el que se concluye sobre la importancia de seguir trabajando para fortalecer la atención integral en los servicios de salud, principalmente en los casos posteriores al evento obstétrico, no solo centrada en la vigilancia de salud pública sino en el seguimiento de rehabilitación y prevención de complicaciones tanto en lo físico como emocional, así como también en lo familiar y social.

3.3 Factores psicosociales influyentes en estas pacientes

Como factores sociodemográficos tomamos los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Allí se ponen a disposición algunas de las principales características demográficas y sociales, entre las que se mencionan: edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil. El grado de instrucción o escolaridad contribuye de manera indirecta a prevenir las enfermedades, relacionándose con la mortalidad y la desnutrición infantil particularmente en las mujeres, y en especial en los sectores de la población de menores recursos (CLAP, 2012). También constituye un factor beneficioso importante dentro del contexto psicológico en el cual se desarrolla el embarazo, el estado de la relación afectiva de la gestante ya que puede actuar a diferentes niveles en el desarrollo de los resultados. Cuando este se produce dentro de un ambiente sano puede conformar un sostén, apoyo y/o contención en el aspecto

tanto emocional, como físico y económico. Se debe tener en cuenta que el estado marital como tal es una característica que nos puede estar revelando sobre potenciales riesgos a los que la madre pueda estar expuesta. En cuanto a la ocupación constituye una entidad que favorece y promueve la participación e integración social, incidiendo en la salud y bienestar individual. Estos patrones reflejan y agravan la situación social de las mujeres, que añadida a la escasez de recursos sanitarios, las colocan en un riesgo excesivo de morbilidad y mortalidad por causas relacionadas con el proceso reproductivo (MSP, 2014).

Teniendo en cuenta estos factores, se busca abarcar de forma integral aquellos indicadores que pueden favorecer la aparición del trastorno por estrés postraumático, interviniendo de forma precoz en aspectos biológicos, psicológicos y sociales en pacientes Near Miss.

La lucha por sobrevivir ante eventos obstétricos graves implica un aumento de repercusiones a nivel individual, familiar y social, con efectos a corto, mediano y largo plazo que van más allá de la esfera física, descubriéndose impactos emocionales y psicológicos como trastornos de estrés post traumático, depresión posparto, aislamiento social, alteración de la dinámica familiar, divorcios, aumento de los gastos familiares e incluso suicidios (Chavez, 2021).

3.4 Relación impacto psicológico /Near Miss

Con el objetivo de demostrar que existe relación entre el impacto psicológico y las near miss posterior a una hemorragia, se expone el presente estudio cuantitativo titulado “Las experiencias de las mujeres y sus compañeros después de una hemorragia posparto primaria” (Dunning, et al 2016), clasificándolas según las pérdidas sanguíneas de: leve, moderada y severa, un el cual se describe cómo vivieron los implicados dicha ⁴ emergencia, las vivencias y emociones y si percibieron algún obstáculo en la atención, destacando la importancia de la información recibida en ese momento como crucial para el afrontamiento de la situación y para mejorar la relación con el neonato. Se puntualizan en la obra 4 temas principales que son: control, comunicación, consecuencia y competencia; de los cuales control se subdivide a su vez en la separación de su bebé, disociación y percepción distorsionada del tiempo. El estudio demuestra que la comunicación que se dió a la mujer y su familia sobre la patología no estaba siendo contemplada en la mayoría de los casos, siendo la falta de información con respecto a la situación que estaban viviendo, sus posibles

consecuencias y el riesgo de vida real que atravesaron una omisión que las llevó a buscar de forma posterior información y material al respecto que debieron interpretar por sí mismas, dentro de lo cual es importante destacar dicha acción como síntoma de estrés post traumático y comprender los riesgos que trae para quienes faltos de formación en el tema decodifica datos obtenidos a través de las redes de sitios cuyo contenido podría no estar debidamente avalado. Es relevante además destacar las consecuencias físicas y psicológicas que dejan estas emergencias en las afectadas y sus familias, sin llegar a demostrar que exista una relación directa entre el volumen de sangre perdido (leve, moderado y severo) y el impacto a nivel emocional.

Permitiendo deducir que éste impacto estará directamente relacionado con el estado de conciencia que posea la mujer durante la emergencia, dentro del cual es imprescindible incluir el asesoramiento que se le dé a la misma y el grado de intervencionismo. En el asesoramiento, es crucial tener un perfil psicológico de la paciente, conocer el estado emocional de la misma y el nivel socioeducativo que posee, ya que dichos factores serán determinantes para que el profesional pueda establecer qué contenido dar o no a la usuaria ya que en contraposición con lo expresado anteriormente, algunas de las voluntarias declararon como negativo el saber lo que les estaba sucediendo.

Este estudio concluye que es necesario establecer una mayor cantidad de investigaciones sobre las posibles repercusiones en la madre a nivel psicoemocional para demostrar la relevancia que pueda tener una mejor información y un mayor seguimiento de estos casos con el fin de arrojar mejores resultados.

⁴ Este estudio no pudo demostrar que existieran consecuencias para aquellas voluntarias cuya pérdida no hubiese superado los 1.500 ml

Incluimos a continuación algunos de los testimonios recogidos por este trabajo:

“...La mayoría de las mujeres entrevistadas sintieron una sensación de control durante la emergencia, atribuyéndolo a la atención que recibieron “Para mí todo pasó muy rápido, y luego cuando estaba en sus manos me sentí bien” (Severo)...” (Dunning.T abril 2016, pág 3)

Sin embargo en dos mujeres con grupo de pérdida moderada tuvieron una sensación de pérdida de control, expresando una de ellas: “... sentí que no tenía control y que no

sabía cómo me sentía y... si iban a ser capaz de lidiar con el problema. Obviamente sabía que podían hacerlo porque eran un hospital, pero en ese segundo en esa situación todo tipo de cosas pasan por tu cabeza” (Dunning.T abril 2016, pág 4)

Con respecto a la separación de su recién nacido, en el caso de una mujer que fue llevada al quirófano para la extracción manual de la placenta, esta habló de su tristeza ante la separación de su bebé “Estoy muy triste porque me perdí esa parte de verla pesar y todo eso...” (Dunning.T abril 2016, pág 4).

Estas situaciones no solo tienen repercusiones en la mujer sino también en sus acompañantes, de los cuales dos relatan haberse quedado con el recién nacido sin apoyo y sin información sobre lo que estaba sucediendo.

Para la disociación el estudio establece que son “Experiencias inusuales durante e inmediatamente después del evento traumático como la sensación de que las cosas no son reales”, declara una paciente con pérdida hemática severa “Quiero decir que estaba tan fuera de sí realmente no pensé ni siquiera sabía lo que estaba pasando realmente”(Dunning.T, abril 2016, pág 4).

En la percepción distorsionada del tiempo se recoge el testimonio de una usuaria con pérdida hemática moderada:“Pensé que estuve adentro 20 minutos pero cuando salí Andy me dijo que estuve adentro por una hora y media”(Dunning.T abril 2016, pág 5).

Por lo antes expuesto se puede decir que existe una confianza del paciente hacia la institución y los profesionales de la salud y que dicha confianza debe de ser compensada y debidamente correspondida a través de un buen servicio en donde se contemplen las necesidades de cada paciente de forma particular de acuerdo a la información que entendamos cada uno pueda y deba recibir. Destacamos que es tremendamente perjudicial tanto para la institución como para quienes ejercemos esta función que se presenten resultados para los cuales las mujeres y sus allegados no estén debidamente informados. Indudablemente que dentro de las situaciones que pueden presentarse existen aquellas que son impredecibles, aunque el que existan no justifica que el personal implicado no esté adecuadamente formado para responder a ellas y que la familia y la mujer no estén debidamente informadas. Tal como se demuestra anteriormente en este trabajo, es conociendo las diferentes dificultades que pueden presentarse que se logró disminuir la cantidad de muertes. De igual manera entendemos que enfrentar una situación no esperada y de resultados con un fuerte impacto a nivel físico influyen sobre la impresión que los usuarios tienen de los servicios prestados y que afecta por lo tanto la concepción psicológica que pueden tener a la

hora de necesitar de sus servicios y la imagen de la institución.

A modo de conclusión los estudios establecen una relación entre una HPP y determinado tipo de trastornos psicológicos asociados a ésta, sin embargo, cuantitativamente no son concluyentes, determinando en el mismo que se realicen estudios más profundos. A esto se suma la dificultad de que la relación no está determinada por el hecho en sí sino por cómo la paciente la percibe. Debido a lo cual planteamos la pregunta de ¿cuáles son los resultados que pueden volcarse desde diversos estudios que permitan sin lugar a dudas concluir dicha relación? De hecho, como se puso de manifiesto la OMS plantea en las Guías de Near-Miss eliminar las declaraciones de las afectadas, entendemos que la prioridad es mantener la vida y que por lo tanto es necesario focalizar los esfuerzos en reconocer las causas y qué acciones es necesario tomar para evitar que estas se presenten. Sin embargo, de la misma manera se expreso anteriormente el concepto de Near-Miss sufrió una evolución desde la causa hasta cómo evitarlas, sentimos que el próximo paso es determinar las repercusiones que dichas acciones tienen sobre las mujeres a futuro. Por lo cual eliminar de las investigaciones las experiencias vividas por las implicadas significa excluir de las mismas los datos que pueden o no demostrarlo.

CAPÍTULO 4: ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOPATOLÓGICOS DEL PUERPERIO

Previamente expuestos los cambios fisiológicos y anatómicos, abordaremos los

aspectos psicológicos más comunes presentes en el puerperio. Durante este período la mujer pasa por una serie de cambios psicológicos y emocionales normalmente relacionados entre otras cosas con el cansancio físico, el nuevo rol de mujer-madre, las expectativas que tiene con respecto a este rol y el bienestar del recién nacido (MSP, 2014). Así el posparto está descrito como el momento de mayor vulnerabilidad emocional y mental para la madre que vivencia sentimientos encontrados como: expectativas de alegría esperando al nuevo ser y otros miedos e inseguridades asociados al cuidado de ella misma y del nuevo hijo.

Algunos autores tratan el puerperio psicológico como una adaptación psicoemocional de la madre y el bebé que transcurre durante un período mayor a 40 días, pudiendo llegar a durar entre 1 y 2 años (Sanchez, 2007). Siguiendo con éste planteo, luego del parto, cuando la mujer tiene que acostumbrarse a las transformaciones de ésta nueva etapa en la que deja de estar embarazada sin volver a ser la misma que era antes de la gestación, se encuentra en plena regresión de los órganos implicados, enfrentándose a los cambios físicos que le ha dejado la maternidad. Se genera una identidad que conlleva toda una nueva responsabilidad y el reordenamiento de las prioridades vitales, tanto del recién nacido como de las suyas. Pudiendo entonces producirse los respectivos procesos de duelo asociados a la identidad de la que ha de desprenderse para dejar lugar a la que emerge. Proceso que se observa particularmente en las madres primerizas.

Teniendo en cuenta los cambios que experimenta la mujer, las repercusiones a nivel psicológico pueden verse potenciadas aún más si tomamos en cuenta las consecuencias que puede tener un cuadro de emergencia obstétrica, sumando secuelas secundarias a esta grave complicación a nivel biopsicosocial.

4.1 Baby Blues, Depresión posparto y Psicosis puerperal

El embarazo, parto y postparto son períodos en los que aumenta la posibilidad de la mujer de padecer trastornos mentales (Martínez, 2021). Las alteraciones psicológicas más comunes son el Baby Blues, depresión posparto y psicosis puerperal, aunque también podemos encontrar otras alteraciones cómo el estrés postraumático.

Según el MSP (2014) el Baby Blues se caracteriza por cambios de humor, elementos de tristeza, llanto e inseguridad. Tiene una prevalencia de entre un 50% y 80% de las puérperas de acuerdo a diferentes autores. Comienza unos días luego del nacimiento, suele tener un componente neuroendocrino además de psicosocial caracterizado por la ausencia repentina de estrógenos y progesterona. Normalmente es transitorio y de resolución espontánea, el apoyo del entorno en ésta etapa suele ser la mejor ayuda terapéutica también llamada depresión puerperal leve (Santos, 1993). Recordar a la paciente que los síntomas relacionados a la tristeza se desarrollan de forma normal durante un período que oscila entre algunas horas y algunos días posteriores al parto y que están producidos mayormente por las alteraciones bioquímicas propias de esta etapa, es oportuno para la profesional a cargo (Cunningham, 2015).

Santos (1993), coloca entre medio del baby blues y la psicosis puerperal, a la depresión puerperal menor, que es similar en síntomas a la primera, pero se diferencian en el tiempo de duración siendo más sostenida en el tiempo.

Para la OMS la depresión puerperal es un cuadro que se presenta en el curso de 3 a 6 meses posparto con una incidencia entre el 10% y 15% de las puérperas. Es importante para diferenciarlo del anterior hacer un correcto diagnóstico ya que suele extenderse en el tiempo y además de la tristeza presenta dificultades en relación al disfrute del hijo y sentimientos de culpa, suele tener un mayor impacto a nivel psicosocial, familiar y conyugal. Con respecto al cuadro clínico puede presentar síntomas como insomnio, fatiga, confusión y angustia. El tratamiento suele ser psicoterapéutico. La bibliografía indica ciertos factores de riesgo aumentado para desarrollar la depresión posparto. Entre estos factores podemos encontrar que un embarazo y puerperio en la adolescencia tiene un aumento del 30% en el riesgo de sufrir depresión posparto. Para las mujeres con antecedentes previos de depresión en embarazo y posparto, la probabilidad de volver a sufrir una nueva depresión puerperal aumenta hasta un 85% (Cunningham, 2015).

Otros factores de riesgo asociados a la depresión posparto son: hábitos de consumo de sustancias psicoactivas como tabaquismo, drogas y alcohol, siendo esto también perjudicial para la salud neonatal. El haber tenido complicaciones en el embarazo como una preeclampsia, o un parto traumático, parto prematuro, cesáreas de emergencias y malformaciones fetales (Fernández, et al 2014). Los tratamientos abarcan desde la psicoterapia hasta la farmacoterapia.

Es importante destacar que la prevalencia es de tres veces más elevada en países en vías de desarrollo que en los desarrollados viéndose más comprometidas las mujeres de bajos niveles socioeconómicos. En ámbitos generales, debido a su alta prevalencia pasa a ser un problema social y de salud pública que se ha ido acrecentando en los últimos años aumentando los costes, por la afección del riesgo de pérdida a nivel laboral debido a las secuelas de ausentismo y los efectos que esta genera. Pese a ubicarse como un problema urgente, registra aún casos en los que su diagnóstico no se realiza en forma adecuada ni oportuna. En algunos casos el inicio de la depresión posparto puede comenzar a manifestarse en los 6 meses posteriores a éste, con prevalencia en un 50 % de los casos.

En Gomez (2018) afirman que a pesar de que se ha llevado a cabo una investigación considerable con mujeres embarazadas sanas, todos los hallazgos apuntan a las graves consecuencias de la depresión durante el período perinatal, incluyendo resultados obstétricos y neonatales adversos.

La escala de depresión posnatal de Edimburgo, elaborada en 1987 presenta una forma de diagnóstico de los estados depresivos en mujeres puérperas, constituido por un cuestionario que se ha ido depurando desde su creación hasta la actualidad pasando

de 23 a 10 preguntas. Ha demostrado ser de gran eficacia para detectar los estados depresivos en la estancia hospitalaria y de primer nivel de atención. En los casos en que el diagnóstico es dudoso resulta útil volver a realizarlo 2 semanas después.

Teniendo presente que lo que principalmente y ante todo se defiende es la vida del binomio, especial cuidado presenta el cuadro de psicosis puerperal ya que en casos extremos éste trastorno puede culminar en suicidio e infanticidio. Esta patología se presenta de forma precoz entre el tercer y décimo día después del parto y presenta como indicadores profundos cambios de ánimo que llevan a la paciente desde la tristeza a la euforia pudiendo existir o no motivos externos que provocan dichas reacciones, alternados con períodos en que la afectada no puede distinguir sus delirios de la realidad. La identificación oportuna y seguimiento de estos signos es necesaria para proceder a la derivación de la paciente a un centro de salud apropiado, hospitalizandola idealmente junto a su recién nacido, con tratamiento antipsicótico sedativo según la gravedad del cuadro delirante, siendo este un periodo de internación breve. El seguimiento ambulatorio es importante dado las vivencias y secuelas que haya dejado la experiencia traumática (Santos, 1993).

El puerperio es uno de los períodos donde existe mayor riesgo de que se presenten estos estados de ánimo. Generalmente un 85 % de las mujeres van a presentar una alteración del estado de ánimo en el posparto y entre un 8 y 25 % van a tener un trastorno incapacitante y preexistente.

Para una mujer que atraviesa una experiencia traumática en el parto, si este ha sido fisiológico y/o respetado dotará a la madre de sentimientos de valía, empoderamiento y capacidad, teniendo a disposición los canales biológicos para la maternidad. En el caso contrario, podrá verse muy afectada e incluso dañar la construcción de identidad materna. Creemos también relevante destacar de que no solo la experiencia obstétrica negativa del parto pueda dejar el trauma físico y/o psíquico sino que también debemos abarcar el trato recibido por parte de los profesionales. En éste proceso de adaptación en general se encuentran con el apoyo de la pareja o compañero/a y del resto de la familia, factor que se toma como protector para la madre, teniendo en cuenta que una vez ocurrido el parto, la mayor atención en controles y estado anímico se da al recién nacido (Rodríguez, 2010).

Dentro de los estudios que concluyen la falta de investigación en el área que estamos desarrollando, citamos algunas de las conclusiones obtenidas en las "Guías de atención psicológica de la mujer con complicaciones obstétricas" realizadas en México en el año 2015, que citan la falta de recomendaciones y pautas para el abordaje a nivel psicológico que existe en las mujeres con complicaciones en el embarazo. Ofreciendo en ella pautas para que el personal de salud comprenda la sintomatología e impacto emocional que se produce en mujeres con dichas complicaciones, teniendo en cuenta el diagnóstico, tratamiento e intervención psicológica en los distintos niveles de atención.

Dicha investigación establece que entre las sensaciones presentes en las mujeres hospitalizadas predominan : *"falta de control, preocupación y ansiedad por la salud y bienestar del feto principalmente, aburrimiento, sentimientos encontrados, mayor debilidad e impotencia, aislamiento, sentirse atada, pérdida de las actividades normales de su vida diaria, separación del hogar y entorno, incomodidad física, efectos*

secundarios de la medicación, molestias por el cambio de imagen, rol de enferma, preocupaciones por los otros hijos, inversión de roles con la pareja y dificultades en su relación, falta de intimidad, incredulidad, culpa, miedo, ansiedad, depresión, fluctuaciones en el estado de ánimo, incertidumbre, vulnerabilidad y soledad.” (Gomez. L , 2018 junio, pág: 87)

Sin embargo ninguno de estos síntomas están destacados como los que el personal de la salud ha de tener presentes como factores de riesgo psicológico que puedan devenir en patologías, reafirmando nuevamente que hace falta un seguimiento psicológico a largo plazo ya que posterior al parto la sintomatología psicológica presenta algunos de estos síntomas que se toman como naturales de este período posparto. Cobrando relevancia sólo si se mantiene en el tiempo, lo que plantea la interrogante de cómo saber si existe o no esta prevalencia si no hay un seguimiento posterior al puerperio.

Algunos síntomas de relevancia para el profesional u obstetra a tener en cuenta para un manejo e intervención oportuna son: angustia intensa y permanente, cambios bruscos de la afectividad hacia el polo de la tristeza o de la euforia, irritabilidad exagerada, alteraciones en el pensamiento, descuido en el aspecto personal, modificaciones en los hábitos de sueño o alimentación y un rechazo manifiesto hacia el recién nacido (Gomez 2018).

4.2 Estrés postraumático (TEPT)

Dentro de las alteraciones del estado de ánimo abordados en el puerperio se encuentra el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), siendo uno de los más probables de transitar por las pacientes Near Miss, luego de atravesar una hemorragia posparto. Creemos fundamental indagar los aspectos centrales del TEPT; su evolución histórica, prevalencia, factores de riesgo, diagnóstico, prevención y tratamiento, por la gravedad que implica para quién lo padece y para los profesionales que debemos acompañarlas.

La dimensión obstétrica del TEPT, se basa en la experiencia de la mujer, es decir, en el impacto psicológico que la experiencia durante el parto le ha provocado a la madre, pudiendo llegar a considerarse por lo tanto como secuela obstétrica (Olza, 2003). Las mujeres que experimentan este trastorno manifiestan reexperimentación del evento (flash back), sensación de desconexión del bebé, ausencia de la realidad, pesadillas, irritabilidad, rechazo a una nueva maternidad, además de afectarles de forma física. Como futuros profesionales obstetras parteras, creemos relevante conocer las recomendaciones y las pautas generales sobre la conducta a seguir respecto a los sentimientos y emociones de las mujeres que vivencian este evento, en donde muchas veces somos el primer contacto y posterior seguimiento al parto y postparto.

En las dos últimas décadas toda una serie de investigaciones han comprobado que el parto puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un síndrome de estrés postraumático (TEPT). Este síndrome es un trastorno de ansiedad que empezó a ser estudiado a partir de la observación de las secuelas psicológicas que presentaban algunos veteranos de la guerra del Vietnam. En 1980 se incluyó por primera vez en la Clasificación de Enfermedades Mentales DSM-III de la Asociación Psiquiátrica Americana y se incluían como síntomas principales del síndrome la reexperimentación del trauma (en forma de flash-backs y/ o pesadillas), la evitación de estímulos relacionados con el mismo y el estado de ansiedad o nerviosismo que se desencadenaba con la reexposición a detalles que recordarán el evento. Se definía como trauma a un evento que estuviera absolutamente fuera del rango de la experiencia humana normal. En estos estudios se ha señalado que éste síndrome afecta a entre el 1,5% y el 6% de las puérperas y presenta el síndrome incompleto hasta un 30% de las mujeres. La cuarta edición de la DSM ampliaba la definición de trauma a *“cualquier parto en el que haya habido una amenaza de muerte o graves secuelas físicas para madre y/o bebé y donde la madre haya vivido la amenaza con miedo extremo, indefensión u horror puede desencadenar un síndrome de estrés postraumático”* de acuerdo con el planteamiento antes descrito por Bydlowski (1978) quien nombró como la *“neurosis traumática postobstétrica”*.

Los estudios llevados a cabo sobre el TEPT nos llevan a considerar que los hechos ocurridos durante el parto y el inicio del puerperio se ven registrados vívidamente en la memoria consciente e inconsciente de la madre, ya sean positivos o traumáticos, siendo mayor en las madres de bebés prematuros o gravemente enfermos tras el parto. Esto se debe a que se desarrolla durante el mismo un escenario psicológico hormonal específico entre la madre y el feto que los prepara a ambos para el momento del parto y el inicio de la relación de la diada.

4.2.1 Manifestaciones clínicas

El trastorno de estrés postraumático causa angustia significativa a la madre, afectando la relación con su hijo y pareja, al no ser diagnosticadas ni tratadas a tiempo puede persistir durante meses y años, en ocasiones, condicionando embarazos y partos sucesivos. También al tener estas experiencias traumáticas las mujeres quedan rezagadas con el personal de salud que la asisten en la emergencia. Tiene sus propios síntomas que son diferentes a la depresión posparto, aunque algunas madres pueden tener ambos (Rivera et al, 2020).

Ante un hecho traumático se producen las más variadas reacciones. Lo más frecuente es que el sujeto en un primer momento tenga una respuesta en que se esfuerce por sobrevivir y protegerse. En esta etapa puede escapar, presentar insensibilidad, quedar paralogizado por temor y llegar a enmudecer, o bien puede aparecer una confusión al estar en un estado de shock. A continuación habrá un intento de adaptación a través de alguna acción coherente con la situación, lo que le permitirá recuperar su condición previa al hecho traumático, para posteriormente realizar una elaboración adecuada de lo sucedido. En otros casos habrá una conducta disociada o bien se buscará la adaptación a través del control de las emociones mediante el uso y abuso de alcohol y drogas. Cabe señalar que ningún tipo de respuesta previene la aparición de un TEPT y éste se presentará en víctimas de situaciones traumáticas con cifras que van entre el 10% y el 20% (Carvajal 2002).

4.2.2 Factores protectores y de riesgo para el TEPT

Cualquier persona puede presentar el TEPT en cualquier momento y a cualquier edad, pero hay muchos factores, considerados de riesgo y que hacen que una persona pueda presentar este trastorno. Algunos de estos factores de riesgo están presentes antes del acontecimiento traumático y otros cobran importancia durante la experiencia traumática o después de esta. Incluyen: tener rasgos obsesivos de la personalidad, haber pasado anteriormente por circunstancias peligrosas o traumáticas, haber salido lastimado en alguna situación crítica, ver a personas heridas o muertas, haber tenido una experiencia traumática en la niñez, tener una tendencia caracterial a sufrir sentimientos de terror, impotencia o miedo extremo, tener poco o ningún apoyo social después del

acontecimiento traumático, lidiar con un exceso de estrés después el hecho traumático como, la pérdida de un ser querido, lesiones y dolor o la pérdida del trabajo y la vivienda, tener antecedentes de alguna enfermedad mental o consumos de drogas (Mayo Clinic, 2018).

Hay otros factores, llamados factores de resiliencia que pueden ayudar a reducir el riesgo de presentar este trastorno: tener rasgos de la personalidad que anulen el impacto emocional de la situación traumática, capacidad de buscar apoyo de otras personas como amigos y familiares, encontrar un grupo de apoyo después de la experiencia traumática, aprender a sentirse bien por las decisiones que tomó al enfrentar el peligro, tener una estrategia para afrontar o de alguna manera superar el hecho traumático y aprender de este, ser capaz de actuar y responder de manera eficaz a pesar de sentir miedo (Dikmen-Yildiz, et al, 2018).

En una revisión sistemática realizada por Clemente (2018) titulada “Tratamiento del TEPT posparto”, se plantea que se basan en el marco teórico del modelo de etiología para TEPT posparto de diátesis-estrés realizado por varios autores entre ellos Ayers en el 2016 que proponen la existencia de factores de vulnerabilidad en el embarazo, durante el parto y posteriores a éste. Para los primeros establece como condicionantes experiencias traumáticas, problemas de salud mental, ser primeriza y establece como determinante el contexto social. En el segundo las causas son el tipo de parto e intervencionismo, el accionar del personal de salud y la forma en que la paciente viva o experimente la situación. En el último establece la falta de adaptabilidad a la nueva situación social y adaptación con el recién nacido y el estrés que pueda haber atravesado. Además el TEPT puede constituirse en un factor de riesgo para otras patologías médicas, entre ellas algunas complicaciones del embarazo como: ectópicos, abortos espontáneos, hiperemesis, síntomas de parto prematuro y crecimiento fetal excesivo (Seng, 2001).

Para complementar esta información en la búsqueda de antecedentes sobre impacto psicológico en la hemorragia posparto, tanto a nivel nacional como internacional. Pudimos encontrar a nivel Internacional algunos trabajos relacionados con el TEPT, el cual analizamos y describimos anteriormente con algunos relatos de las mujeres que presentaban este síndrome postraumático (Dunning et al 2016).

En el mismo se describe que muchas mujeres que han tenido un parto traumático lo

reviven como si de una pesadilla se tratara durante semanas o meses, y no pueden quitarse estos recuerdos de la cabeza por más que lo deseen. A menudo este malestar hace que la mujer se muestre tremendamente enfadada o aislada, tanto con los que le rodean como con los profesionales. Todo este malestar psíquico a menudo no se exterioriza con lo que en la mayoría de los casos tampoco se diagnostica ni se trata. Los síntomas del síndrome de estrés postraumático suelen alcanzar una intensidad máxima entre las cuatro y seis semanas tras el parto y posteriormente suelen ir disminuyendo, pero en algunos casos persisten durante meses o años. Un fenómeno bastante típico es la reactivación de los síntomas en el siguiente embarazo.

En distinto caso aparece lo que se conoce con el nombre de "tocofobia " o pánico al parto en ⁵ mujeres sin partos previos y se manifiesta por miedo excesivo al embarazo o parto de naturaleza paralizante o irracional en este caso sería tocofobia primaria y se puede manifestar desde la adolescencia algunos autores afirman que este miedo puede ser transgeneracional pasando este miedo de madre a hija. En la tocofobia secundaria se da en el recuerdo de las mujeres que tuvieron un parto previo difícil o que requirió instrumentación para finalizarlo y en la terciaria plantea como síntoma de depresión durante el embarazo (Maldonado- Duran OPS 2011). En ambos casos el miedo al parto puede hacer que las mujeres pidan una cesárea como forma evitativa al parto.

En una revisión sistemática reciente se señala que puede haber una asociación entre la HPP y el TEPT, este estudio realizado por Zaat (2018) mantiene que el parto al ser tomado como un evento traumático pone de manifiesto las situaciones de hemorragia posparto relacionadas directamente con lo que sienten las pacientes ante la complicación de esta emergencia y en qué situaciones complicadas graves se requiere realizar una histerectomía. Desde allí es que se estudia la posibilidad de que la mujer pueda transitar por un impacto tan alto de estrés que quede con síntomas postraumáticos. Resaltando además la posibilidad de una probable relación entre la histerectomía de emergencia y el TEPT. Pese a lo cual no se pudo llegar a una conclusión directa que los relacione, ya que el estudio no se pudo concretar debido a que el metanálisis no fue posible por la heterogeneidad de cada estudio. De igual ⁶ forma se mantiene que pese a la poca bibliografía disponible, parece posible que la histerectomía de emergencia provoque angustia emocional tan severa como para causar efectos en el estado mental duraderos.

A nivel nacional no se encontró bibliografía específica sobre TEPT y eventos obstétricos. Si se han desarrollado avances sobre el TEPT en relación a violencia doméstica, maltrato y abuso infantil, y eventos inesperados (cómo accidentes).

⁵tocofobia fue descrita por Marcé en Francia desde 1858. Señaló que en la nulípara podía manifestarse un miedo aterrador al posible dolor durante el parto; en la mujer que ya había tenido partos previos se refería al recuerdo de un parto anterior difícil y traumático (Maldonado-Durán,, OPS, 2011)

⁶ De los estudios realizados, “cinco se centraron en la asociación entre PPH y TEPT y dos estudios evaluaron la asociación entre la histerectomía de emergencia y el TEPT. Tres estudios no encontraron ninguna asociación entre PPH y TEPT. Dos estudios informaron un mayor riesgo de desarrollar TEPT o síntomas de estrés postraumático después de la HPP. Dos estudios informaron un mayor riesgo de desarrollar TEPT después de la histerectomía de emergencia.” Zaat, (2018 pág 214-220)

4.2.3 Prevención del TEPT tras el parto

Como profesionales que acompañan a la mujer en el parto debemos poner especial énfasis en identificar el estado físico y psíquico y la forma en que lo atravesó. Gabbe, et al (2019) plantean que cuando se enfrentan a circunstancias que su psiquismo no puede procesar, como dolor, pérdida o trauma suelen presentarse con mayor frecuencia consecuencias negativas con gran incidencia de las características intervencionistas en ellas que pueden conducir a TEPT y/o temor a partos posteriores. Se recomienda, para reducir las posibles incidencias siempre que las circunstancias lo permitan realizar una reunión informativa que prepare a la paciente para las posibles dificultades que ha de atravesar. En este caso, al igual que en el resto de las interacciones con la paciente es de suma importancia cuidar el trato que recibe la misma por parte del personal involucrado.

Siguiendo los planteos de Olza (2016), para prevenir o disminuir la afectación del síndrome en el puerperio los profesionales deben tener en cuenta:

- Durante el parto: la prevención primaria del sufrimiento psicológico por el parto traumático consiste en evitar de ser posible las cesáreas o intervenciones innecesarias, hasta llegar a las tasas que aconseja la Organización Mundial de la Salud.⁷
- En el posparto inmediato evitar la separación madre-bebé. Muchas mujeres pasaron varias horas en salas de reanimación o despiertas sin saber si su bebé estaba muy grave o incluso sin saber si estaba vivo. Todo el conjunto de emociones percibido por la mujer puede ser muy traumático y desencadenar el síndrome por sí mismo. Dicha desconexión materna puede entorpecer el vínculo madre-hijo, con graves consecuencias para la salud del recién nacido. Por todo esto es fundamental en primer lugar evitar la separación madre bebe teniendo en cuenta que existe suficiente evidencia científica, que respalda lo perjudicial de la misma. Si ésta es absolutamente imprescindible como en el caso de la

⁷ La OMS (2014) no admite en ningún país tasas de cesárea superiores al 10-15 %. Porcentajes que no reflejan la realidad en la mayoría de los países integrantes.

hemorragia postparto donde el manejo requiere muchas veces el ingreso a block para la corrección del sangrado hay que mantener a la madre o acompañante totalmente informada de cómo y dónde se encuentra su bebé garantizando que se les reunirá en cuanto sea posible. En tales circunstancias se debe permitir que el padre esté con el bebé.

- Postparto: durante la estancia hospitalaria preguntar a la madre y al padre si necesitan hablar con la obstetra o el médico que les atendió y resolver cualquier duda. Siendo el caso de una madre que en los meses que siguen al parto se muestra reticente a hablar con los profesionales o se muestra colérica o enfadada con estos (enfermería, pediatra, etc) sospechar TEPT tras el parto y ofrecer escucha sin juzgar, intentando entender porque para esa mujer es tan difícil confiar en los profesionales. El apoyo a la lactancia también es crítico para la recuperación del síndrome, ya que el fracaso de esta suele conllevar un empeoramiento de los síntomas en algunas madres y una mayor sensación subjetiva de “fracaso” o culpa. Incentivar el que la madre acuda a grupos de lactancia o crianza donde pueda expresar sus sentimientos y recibir apoyo de otras madres. Debe considerarse el apoyo extra a la lactancia por tratarse de una herramienta de empoderamiento y a la vez terapéutica. Teniendo en cuenta que es compatible con psicofármacos y se recomienda que ante una mujer que presente un TEPT completo buscar ayuda terapéutica profesional de salud mental experto en la materia. Realizar una monitorización activa: aunque los síntomas se hayan visto reducidos, tener en cuenta que pueden repetirse. Lo

recomendado es re-evaluar en al menos un mes.

La prevención secundaria pasa por incluir a las mujeres que hayan tenido un parto de riesgo en un protocolo de seguimiento que permita la captación precoz y tratamiento posteriores pensando en su rehabilitación. Se debe emplear una herramienta diagnóstica validada para el TEPT posparto, como el cuestionario de TEPT perinatal (PPQ), o guiarse por el DSM-V.

Los datos psicológicos y biológicos sugieren que un fracaso para controlar la respuesta al estrés en el momento del trauma facilita el desarrollo del TEPT. La respuesta inicial de miedo, a nivel biológico, está influenciada por las características del acontecimiento, la personalidad, su interpretación subjetiva, experiencias previas, el género femenino (acumulación de tensiones, estilos de afrontamiento, mecanismos de adaptación y mecanismos neuroendocrinos) trastornos afectivos, abusos y traumas durante la infancia y la adolescencia, dificultades socioeconómicas e historia familiar psicopatológica o de abuso de tóxicos. Como consecuencia, las mujeres tienden a desarrollar el trastorno dos veces más que los hombres, a pesar de tener menos probabilidades de exponerse a situaciones amenazantes.

Se estima que entre un 10 y un 18,3% de las mujeres serán diagnosticadas de TEPT a lo largo de su vida, con un importante índice de cronificación (el 33% de los casos supera los 60 meses) y de comorbilidad (el 75% de los casos presenta al menos otro diagnóstico) (Carvajal, 2002). Se ha observado en las mujeres con TEPT son a su vez más propensas a desarrollar estrés (73%) así como ansiedad y depresión, con un 64% y un 73% respectivamente comparada con aquellas mujeres que no han sido diagnosticadas con TEPT (Martinez, 2021). Lo cual nos lleva a reflexionar varios aspectos en la atención del suceso clínico crítico, teniendo en cuenta como va a afectar a la mujer nuestra capacidad de comunicarle su situación, sabiendo que nos enfrentaremos a situaciones de gran vulnerabilidad, con sentimientos muy floridos, debemos tener en cuenta la manera en que comunicaremos las cosas a esta mamá, ofrecer siempre escucha activa sin prejuicios considerando las repercusiones en toda la esfera biopsicosocial.

En cuanto a lo social, pocos estudios han relacionado el apoyo social y las habilidades de afrontamiento con el riesgo de desarrollar TEPT. Algunos de los autores que prestaron atención a las variables psicosociales y su relación con el desarrollo del trastorno de estrés postraumático postparto fueron: Martínez (2021) En su estudio analizaron ambos parámetros y los resultados arrojaron que las mujeres con pobres, o moderadas habilidades de afrontamiento estaban en un mayor riesgo de desarrollar TEPT que aquellas que poseían unas habilidades de afrontamiento más desarrolladas. Otro trabajo de investigación sobre las variables psicosociales como la resiliencia, entre otras variables longitudinales estudiadas en el estudio de (Dikmen-Yildiz et al 2018) demostraron que protegía del desarrollo de TEPT. Para finalizar, hay que destacar que la mayoría de los estudios relacionan TEPT con ansiedad y depresión, creando un multiplicador de comorbilidad bastante importante.

El trastorno por estrés postraumático, una vez desarrollado tiene un pronóstico reservado y tiende a cronificarse, algunos tratamientos psicológicos se han mostrado más eficaces para eliminar el trastorno o para reducir sus síntomas limitantes, pero siempre son tratamientos muy especializados y a largo plazo. Las recomendaciones de los profesionales al respecto son, que no se desanimen durante el tratamiento, que continúen y sean persistentes ya que al final, el trastorno o su sintomatología remite o se atenúa y se puede recuperar una notable salud psicológica y una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO 5: LA HORA SAGRADA

Winnicott (1994) sostenía que “El bebé es un individuo que sufre las experiencias y las almacena.” Las implicancias prácticas de esta afirmación son fundamentales para quienes tratan los estadíos más precoces de su vida.

Desde el punto de vista psíquico el embarazo se caracteriza por una creciente sensibilidad emocional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios afectivamente con el recién nacido (Olza, 2016).

Se llama hora dorada, golden hour o también conocida como hora sagrada, la primera hora después del parto. En su primera hora de vida el recién nacido se encuentra en el momento crucial para estabilizarse y adaptarse a la vida extrauterina, donde mamá y bebé se encuentran por primera vez en una instancia irrepetible (Soto, 2013). Más allá de la implicancia biológica dentro de esta hora, es la intención de este capítulo evocar la repercusión psicológica materna correspondiente en caso de que sea interrumpida por la emergencia obstétrica y sus repercusiones, incluyendo la manera en que se ven afectadas las prácticas iniciales o modelos de atención conjuntamente con los de parto humanizado.

¿Qué cambiaría en ese momento que el recién nacido no pueda satisfacer sus demandas? Numerosos estudios plantean que estos neonatos pueden abastecerse de menor tolerancia frente a las situaciones de estrés y angustia a largo plazo. La Dra Constanza Soto (2013) relata en su estudio “Ventana de oro”; dicho vínculo.

Muchos estudios han demostrado lo que sucede durante estos primeros 60 minutos, se habla de una ventana de oro por los beneficios que aportan al vínculo madre – hijo. En

este período existe una influencia sensiblemente significativa que es la elevación de los niveles de oxitocina, que aumenta considerablemente durante el contacto precoz piel con piel (CoPap), promoviendo el apego materno- neonatal y reduciendo los niveles de estrés para el binomio, ya que la oxitocina disminuye los niveles de ansiedad y malestar post parto, y contrarresta los niveles de cortisol que se disparan durante la HPP, que de lo contrario provocan estrés materno y que son un posible factor predisponente a una depresión posparto, lo cual a su vez repercutirá en el recién nacido por el vínculo existente entre ambos y porque se verán incrementadas las conductas maternas al desarrollar una mayor confianza en sí misma y en el cuidado de sus bebé con un mayor amamantamiento a largo plazo.

De todo lo expuesto podemos concluir que cuanto más se dilate posterior al nacimiento el contacto madre hijo mayores serán las repercusiones negativas para ambos, dependiendo según la gravedad de la emergencia y su período de recuperación que este tiempo sea mayor o menor. Los resultados demuestran que las mujeres que no vivieron la hora dorada, en un “sentido completo”, establecen un vínculo menos intenso y exhiben una menor respuesta a los estímulos del bebé en los días posparto. Por lo cual si bien no podemos afirmar que en todos los casos el retraso tenga efectivamente repercusiones negativas, sí retrasarán el surgimiento y desarrollo de los efectos positivos, ya que los efectos a largo plazo de ese contacto piel con piel en las primeras horas de vida también favorecen la relación afectiva, la autorregulación de los bebés y la reciprocidad entre ambos durante el primer año de vida (Soto, 2013). Varias investigaciones han observado la diferencias entre las madres a quienes se les respetó la hora dorada y aquellas en las que no pudo contemplarse por diversas razones este momento inmediato al parto que resulta tan beneficioso y lleno de sentir para el binomio y vínculo madre/hijo (Mi Apego, 2020)

5.1 Apego

El concepto de apego ha tenido diversas conceptualizaciones, Guerra (2013) lo define como una relación que se caracteriza en la madre, por la tendencia de tocar, acariciar, sostener, cuidar a su bebé y entrar en contacto con él; en relación con este concepto la madre modifica su propia conducta de acuerdo con las necesidades del recién nacido.

En un estudio realizado por Vega (2022) trata las conductas de apego según Bowlby, quien las define como la búsqueda de la proximidad del bebé con la madre, es decir, con quien periódicamente lo cuida y alimenta.

Soto (2013), expone que luego del nacimiento existe un “período temprano sensible” durante el cual el contacto estrecho entre la madre y el recién nacido podría inducir efectos positivos a largo plazo en la interacción madre-hijo. Prescott (1974) en la década del 70 describe que existe un período sensible durante el desarrollo cerebral en el que el tacto y el movimiento son necesarios y protectores contra la depresión y la violencia (Soto, 2018).

Apego precoz se define como el contacto piel con piel de la madre inmediatamente después de haber nacido y por un período de tiempo a 30 minutos, una relación que tiene efectos profundos en el desarrollo físico, psicológico e intelectual, creando una impronta de estabilidad en la personalidad del niño o niña que, durará a lo largo de su existencia (Arauz y Sanchez 2019).

Este médico sostiene que el apego no se forma de manera inmediata, sino que es necesario pasar por cuatro fases para construirse (Bowlby 1979).

- . Primera fase (Fase de pre apego): ocurre en las primeras seis semanas de la vida humana, en ésta etapa es posible visualizar cómo el niño acepta sin inconveniente a cualquier persona capaz de ofrecerle comodidad, sin contar con personas de preferencia en específico.
- . La segunda fase comienza después de transcurridas las seis semanas de fase de pre apego y tiene una duración de aproximadamente ocho meses. En esta etapa ya puede visualizarse la angustia de separación cuando el niño pierde el contacto con los adultos.
- . La tercera fase se presenta entre seis a ocho meses, dependiendo de cuando culmine la fase de formación y tiene una duración aproximada de dos años. Es a partir de esta etapa que se forma un verdadero vínculo de apego.
- . La cuarta y última fase es la de las relaciones recíprocas y se basa en un período de veinticuatro meses. En esta etapa el niño ya ha aprendido que la ausencia de su madre y padre es temporal de manera que adquiere la capacidad de calmar la ansiedad al estar lejos de ella.

Quizás algunas de estas etapas se ven influenciadas por las repercusiones respecto a un posible cuadro de estrés postraumático, su incomodidad física y tiempo de recuperación, por lo tanto debemos valorar cómo dicha relación de apego puede verse afectada negativamente. Siendo uno de los aspectos que tenemos que cuidar conjuntamente con el equipo de psicología perinatal, ya que está demostrada la implicación a nivel del desarrollo cognitivo y neuronal.

Continuando con la mirada de distintos autores sobre el apego, el psicoanalista estadounidense Eric Erikson en el año 1950 elaboró la teoría de las ocho etapas del desarrollo humano la cual establece que desde el nacimiento hasta la vejez, experimentamos conflictos que permiten el desarrollo psicosocial y personal. Según el planteamiento se centran más en satisfacer ciertas necesidades sociales y culturales que las puramente biológicas. Concluye también que el apego está relacionado con la confianza o desconfianza en un entorno motivacional psicosocial mientras que Bowlby defiende que entre el bebé y el cuidador, se da una necesidad biológica de buscar el vínculo con la madre o padre que le dará la seguridad de un refugio necesario. Gracias a esta teoría, resulta mucho más fácil entender por qué los seres humanos tienen la capacidad innata de establecer vínculos afectivos fuertes (Bordignon, 2005).

Según Cevallos y Guadalima (2018), las madres que expresan mayores sentimientos positivos relacionados con la atención y el contacto piel a piel con sus recién nacidos, también expresan sentimientos de unión, un sentido de "naturalidad" con la experiencia y en general satisfacción con el proceso del nacimiento. Además 1 año después del nacimiento, las madres y sus bebés que practicaron apego precoz manifiestan mejor interacción de calidad el uno con el otro. Ocurrendo este apego precoz donde inicia la lactancia a su vez presenta grandes beneficios ya que la liberación de oxitocina materna ayuda a la involución uterina y contribuye a la reducción de tasas por hemorragias posparto (MSP, 2014).

Un estudio desarrollado por Martínez (2021) encontró en una muestra de 685 mujeres postparto que aquellas con TEPT, tendrían menor apego al bebé (acrecentado si tenían condiciones psiquiátricas previas al parto) y una falta de disposición al amamantamiento a largo plazo. También se asocia con peor calidad del sueño del bebé y aumento del riesgo de problemas del desarrollo comportamental, como el temperamento complicado o irascible.

La fundación Waal desde sus orígenes promueve el estudio de la relación y del apego madre- hijo desde el momento mismo de la concepción que se extenderá durante todo el desarrollo de la nueva vida, desde su primera célula hasta su completo desarrollo y posterior nacimiento, extendiéndose más allá de éste.

De acuerdo a la mirada de todos estos autores, hay un vínculo entre la madre y el recién nacido que trasciende el contacto físico, la misma dependencia que se genera por parte de la madre que llega a prescindir de su bienestar personal en pos del de su

hijo, nos muestra claramente que existe una pulsión. Del estado de fragilidad emocional y el contacto que se establece entre ambos no podemos menos que concluir que en caso de que éste no se vea satisfecho, existirá una reacción adversa que en el caso de la madre puede manifestarse a través del sentimiento de culpa, y el sentir que son vulnerado sus derechos al no permitírsele estar en contacto con su pequeño. En los casos de HPP es innegable de acuerdo a las perspectivas expuestas que según las características de la emergencia el apego se verá cuando menos afectado de manera proporcional al tiempo que ambos componentes del binomio se vean separados impidiendo se desarrollen las reacciones físicas y químicas en cada organismo que resultan tan beneficiosas para cada uno de ellos y para la relación en conjunto. De qué manera específicamente, como se refleja en cada uno, resulta difícil de determinar ya que dependerá de cómo sea asimilada y dimensionada la experiencia. La pérdida del sentido del tiempo por parte de la madre puede desembocar en qué minutos se transforman para ella en un lapso indeterminado durante el cual sus deseos no fueron satisfechos.

5.2 Lactancia: beneficios y afectación

El inicio de la lactancia se da en el puerperio inmediato, es sin duda un proceso que se verá alterado por la gravedad y el manejo que requiere la hemorragia posparto, con el fin de reducir las complicaciones severas que pueden ocasionar. Los beneficios aportados en esta etapa se verán afectados en mayor o menor medida, sabiendo que un gran porcentaje de una lactancia exitosa se basa en esta primera instancia (Pinto, 2007). Desde ésta importancia se desarrollan estos beneficios para el recién nacido donde se favorece el crecimiento somático óptimo y la capacidad metabólica, mejora el desarrollo cognitivo, las respuestas del bebe a la infección y reduce las enfermedades alérgicas potenciando el desarrollo del sistema inmunitario, mejora el vínculo madre e hijo y reduce la adaptación social deficiente, disminuye la respuesta al dolor del bebe al aplicar métodos como el pinchazo en el talón y reduce el tiempo para obtener una succión eficaz. Los recién nacidos logran un estado de somnolencia más veloz y adquieren un mejor comportamiento de pre alimentación y enraizamiento con sus progenitores, mejoran la capacidad y calidad extra respiratoria en los nacidos prematuramente, disminuye la duración del llanto y otorga estabilidad fisiológica al subir los porcentajes de glucosa.

Como hemos mencionado el retraso en la primera toma es un obstáculo significativo, en el marco de ésta complicación al añadirse otras como la suplementación con alimentación artificial más el uso de biberones, influyen negativamente en el recién nacido con efectos catastróficos sobre el inicio de la lactancia.

Al fortalecer el vínculo, la lactancia puede ser un instrumento de sanación de la herida emocional producida por el parto traumático, tanto para la madre como para el niño. Incluso para los casos de cesáreas el éxito en la lactancia permite a muchas madres recuperar la confianza en su cuerpo y la autoestima que se vio quebrantada por esta intervención mayor (Laufer, 1990).

La manera en la que un recién nacido es recibido inmediatamente después de su nacimiento y durante sus primeras horas de vida puede tener consecuencias a corto y largo plazo. Las madres y sus bebés presentan una necesidad fisiológica de permanecer juntos en el momento del nacimiento y durante las horas y días subsiguientes fortalecer el vínculo entre ellos y el entorno repercute de forma considerablemente la adaptación dentro de sus roles (madre-hijo), representados como factores protectores para ambos.

ANÁLISIS y CONCLUSIÓN

Son importantes los avances que se han realizado en la identificación y prevención de factores Near Miss. Logrando identificar en primera instancia esta emergencia obstétrica como la principal causa de muerte materna y buscando posteriormente los posibles indicadores que permitan trabajar en la prevención de dicha emergencia tanto a nivel físico como biopsicosocial. Con el mismo criterio se orienta dicho trabajo, al exponer la mirada de diferentes autores y estudios antes nombrados destacando la relación entre estos hechos y sus posibles consecuencias psicológicas. La medicina a medida que extiende sus conocimientos amplía sus horizontes. Galeano, 2019 nos recuerda que los horizontes como las utopías sirven para caminar, y vemos en este campo de estudio la invitación a avanzar en pos de acercarnos más al cumplimiento de las metas de reducir la mortalidad materna establecidas como objetivos para el 2030 por la ODS.

De las principales dificultades que atraviesa este trabajo monográfico es, como expresamos anteriormente, que el impacto psicológico no está determinado solamente por el hecho en sí mismo sino por la manera en que la mujer afectada lo vive y dimensiona, lo cual se ve pautado, entre otras razones, de acuerdo al contexto psicoemocional y social en que se crió y de acuerdo a como almacenó en su psiquis dichas experiencias, lo que determina que frente a una misma situación obstétrica dos mujeres distintas puedan vivenciarla de diferente manera. Sabemos que en tal cuadro influyen también las presiones sociales de cómo una mujer debe vivenciar esos momentos, pudiendo muchas veces ésto impedir que la mujer exprese lo que realmente está sintiendo.

De todo esto se desprende que una manera de lograr conectar los hechos es realizar un seguimiento de la salud física y psíquica de cada mujer. Hecho que si bien se cumple de manera formal, carece de la profundidad y enfoque adecuado como herramienta de prevención, ya que exceptuando los casos en que los hechos registrados en la historia clínica de la paciente presentan una gravedad que lo justifique la mayoría de los factores pasan desapercibidos, ya que dichos factores son generalmente propios de la experiencia del parto.

Reconociendo que todos estos son factores completamente variables, por ejemplo, establecen la necesidad de que la mujer cuente con acompañante en toda

circunstancia, particularmente en aquellas que presenten mayor gravedad ya que como factor de contención puede presentar un gran aporte, pero ¿Qué sucede en el caso de una mujer que vive violencia doméstica por parte de su cónyuge o acompañante?. Cuando expresamos la importancia de que las pacientes y sus acompañantes sepan en todo momento cuál es la situación que están atravesando ¿qué consideraciones deben de tenerse en cuenta con mujeres que perciben el parto como una experiencia peligrosa y dolorosa tanto por experiencias personales como ajenas?.

Teniendo en cuenta el impacto con graves repercusiones que puede tener en las mujeres, vulnerables, provenientes de contextos muy disímiles, sumado a las implicaciones del nuevo rol de madre y todo lo que esto implica, sin dejar de lado a las otras situaciones donde la gestación se desarrolle en un ámbito familiar con buena contención y con sustentos socioeconómicos favorables aunque lo que sí destacamos es fundamental darle herramientas para mejorar el vínculo madre-hijo, debiendo estar mejor vigilada para lograr contener el autoestima materno en todos los ámbitos, ofreciéndoles un equipo multidisciplinario entre obstetras, ginecólogos, neonatologos y psicólogos perinatales que articulen entre ellos de manera más activa los factores psicológicos. Sobre todo porque la recuperación emocional suele ser larga y laboriosa más en los casos que hay un estrés postraumático. Brindándole así a la usuaria las mejores prácticas para una mejor experiencia de parto, una buena lactancia e incluyendo la estadía hospitalaria y controles posteriores como factores trascendentales. Todo ello para que la mujer sienta que está siendo considerada más allá de la situación obstétrica, para lo cual también es importante ofrecer escucha empática sin juzgar, intentando comprender cómo repercutió el parto en la mujer, ya que en caso de haber sido traumático requiere de intervenciones terapéuticas.

Ofrecer toda la información disponible, tanto sobre cómo fue el parto como sobre la posibilidad de que la madre sufra un estrés postraumático, disculpabilizando y ofreciendo psicoeducación constituye también una herramienta útil para prevenir la aparición de otras alteraciones psicológicas, teniendo siempre en cuenta la particularidad subjetiva de cada situación.

Entonces, si bien existe una amplia bibliografía, estudios e investigaciones que demuestran que el parto es una experiencia lo suficientemente profunda y removedora como para dejar una secuela mnémica, pensemos cuánto más ha de serlo en una experiencia que lleve a la madre a la línea entre la vida y la muerte. De hecho existen estudios realizados por (Sánchez.J, 2007) titulado: “Trastorno de Estrés Postraumático en el embarazo parto y puerperio” donde se encontraron criterios que establecen un

posible estrés postraumático consecuencia de la hemorragia posparto, teniendo repercusiones negativas en el apego y lactancia, acrecentando si contaban con antecedentes de patologías psiquiátricas.

La hemorragia posparto puede tener además repercusiones en la caída de las reservas de hierro provocando empeoramiento de la anemia y con ella la hospitalización de la madre y su estadía puede verse prolongada afectando el apego y la lactancia ocasionada por fatiga, debilidad y un profundo sentimiento de vulnerabilidad (Pacheco et al 2021).

Indagar si existe alguna repercusión en la psiquis de la madre luego de haber transitado por una hemorragia posparto es uno de los objetivos para realizar esta revisión, de la que concluimos que es poco lo que se ha investigado y profundizado al estudiar ésta temática.

Resulta real el cuestionarse durante todo el proceso de la revisión que la información es poder “. Ante una circunstancia de emergencia como profesionales en general debemos articular entre el escaso tiempo que poseemos para accionar y poner a la mujer al corriente de la situación que está atravesando, en la medida justa y necesaria de acuerdo a las repercusiones en este caso de una pérdida hemática, lo importante que es tenerla presente. Como recomendación para cumplir con nuestro futuro rol de obstetra partera pretendemos obtener un perfil empático, humano e individual para llevar a cabo el correcto seguimiento de un embarazo a nivel no solo obstétrico sino también psíquico de la mujer, orientándola con el apoyo del equipo de salud mental perinatal en los casos de que sea identificable, realizando un seguimiento durante el puerperio brindándoles ciertas oportunidades de afrontamiento y empoderamiento a raíz o consecuencia de estas y otras situaciones de emergencia obstétrica por las cuales llega a ser una Near Mis. Esperamos que este trabajo pueda servir como marco de referencia para futuros trabajos monográficos y de investigación más específicas en lo que refiere al impacto psicológico en estas mujeres, abarcando también la experiencia del padre o acompañante y el entorno más cercano quienes también atraviesan por un impacto emocional importante al vivir esta experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, M; Hinojosa, C. (2011) Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, 49(3): 420-433.

Álvarez, M; Salvador, S; López, R; Carbonell, I; González, Guillermo. (2012). Características epidemiológicas de la morbilidad materna extremadamente grave en tres provincias de Cuba, 2009. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(3), 286-299.

Arauz, C., Sanchez, D (2019) Complicaciones neonatales que impiden el apego precoz del binomio madre hijo durante el parto (Tesis Obstetricia) Universidad de Guayaquil ,Ecuador.

Asociación Psiquiátrica Americana.El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Una aproximación crítica a su quinta edición (DSM-5) *Gac Méd Caracas* 2014;122(3):208-218

Berzaín, M; Camacho, L. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencia Médica*, 17(2), 53-57.

Bydlowski, M.,Raoul-Duval, A. (1978) Un avatar psychique méconnu de la puérilité: La névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives Psychiatriques*, 4, 321-328

Bordignon N (2005) Desarrollo psicosocial de Eric Erikson El diagrama epigenetico del adulto *Revista Lasallista de investigación*, 2(2). Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

Bowlby (1979) Centro de Psicología y salud emocional La Teoría del Apego de Bowlby. Etapas y Características

<https://www.awenpsicologia.com/teoria-del-apego/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20John%20Bowlby%2C%20el%20apego,una%20madre%20y%20su%20hijo.>

Briozzo, L; Gomez, L; Tomasso, R; Fagundes (2020) Análisis del impacto de la pandemia Covid -19 sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Rev Méd Urug,36(4):436-444.

Búsqueda (Publicación semanal) (7 al 13 de julio 2021). La mortalidad materna en Uruguay llegó a niveles que no se registraban desde 1980. Diponible en:
<https://www.búsqueda.com.uy/Secciones/La-mortalidad-materna-en-Uruguay-llego-a-niveles-que-no-se-registraban-desde-1980-uc48459>

Carvajal, J; Ralph, C. (2018) Manual de Obstetricia y Ginecología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf

Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 40(2):20-34. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>

Cevallos y Guadalupe (2018) Conocimientos del personal de salud y su relación con el cumplimiento del apego precoz en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Universidad Católica del Ecuador. Disponible en <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15541/CONOCIMIENTOS%20DE%20PERSONAL%20DE%20SALUD%20Y%20SU%20RELACION%20CON%20EL%20CUMPLIMIENTO%20DEL%20APEGO%20PRECOZ%20EN%20EL%20HOSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Chavez, N., Acosta, N. (2021) Percepción de calidad de vida en sobrevivientes a morbilidad materna extrema en una ciudad colombiana. Disponible en <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/391/389>

CLAP (2010). Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Publicación científica SMR N° 1594.

CLAP (2012). Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Publicación Científica; n°1594.P.50

Clinic Barcelona (2012). Protocolo Hemorragia post parto prevención y tratamiento. Disponible en <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/cat/patologia-materna-obstetrica/hemorragia-post-parto.html>

Clínic Barcelona (2020). Guia Clinica Cesárea Electiva

Disponible en <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>

Cochrane (2018) Auditorías y revisiones de muertes maternas para reducir la mortalidad materna, perinatal e infantil. Willcox ML, Price J, Scott S, Nicholson BD. Disponible en https://www.cochrane.org/es/CD012982/EPOC_revision-de-las-muertes-para-evitar-que-las-madres-y-los-ninos-mueran-en-el-futuro

Cóppola, F. (2015). Cesáreas en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 31(1), 07-14. Recuperado en 24 de agosto de 2022, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100002&lng=es&tlng=es.

Cowen (2014). Hemorragia Obstetrica. *Rev Med La Paz*, 20(2). Disponible en www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n2/v20n2_a09.pdf

Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Spong, D (2015). *Williams Obstetricia*. 24a edición. México: The McGraw-Hill Interamericana

Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., Phillips, L. (2018, marzo) Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *J Affect Disord*. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032717314398>

Dunning, T., Harris, JM & Sandall, J. (2016 abril 18). Las experiencias de las mujeres y sus compañeros de nacimiento después de una hemorragia posparto primaria: un estudio cualitativo. BMC Embarazo Parto 16, 80 Disponible en:

<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0870-7>

FASGO (2019). Hemorragia post parto Actualización del consenso de obstetricia. Disponible en

http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Parto.pdf

Fernandez, A.,Castelli, J., Herndandez, N.,LLundain,M. (2015) Morbimortalidad de pacientes obstétricas que ingresan a cuidados intensivos. Disponible en

<https://www.dnsffaa.gub.uy/media/images/pag-22-a-27-morbimortalidaddic.pdf?timestamp=20180425162517>

Fernández,J ; Iturriza,A ; Toro,J; Valbuena, R. (2014) Depresión posparto valorada por la escala de edimburgo. Revista Obstetricia y Ginecología Venezuela , 74 (4):229-243.

disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v74n4/art03.pdf>

Fernández, O, Gainza I. (2003).Tratamiento psicosocial de madres lactantes con depresión postparto en Atención Primaria. Trabajo social y salud, N°. 45 :231-245.

FLASOG (2018) . Hemorragia post parto ¿dónde estamos y hacia dónde vamos?. disponible en: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/hemorragia-postparto-donde-estamos-y-hacia-donde-vamos/>

Fundación Waal, (2019, 2 de agosto)

<https://fundaciondewaal.org/index.php/2019/08/02/el-apego-es-un-vinculo-de-amor-que-favorece-el-desarrollo-en-los-bebes/>

Gabbe, S., Niebyl, R., Simpson, L., Landon, M., Galan, H., Jauniaux, E. R., ... y

Grobman, W. A. (2019). Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo. Elsevier Health Sciences.

Geller, S.; Rosenberg, D., Cox, S., Brown, M., Simonson, L, Kilpatrick S. (2004) scoring system identified near-miss maternal morbidity during pregnancy. SE, J Clin Epidemiol. 57(7):716-20.

Gomez L (2018 junio) Guía de atención psicológica de la mujer con complicaciones obstétricas. Volume 32, Issue 2, ,32(2);85-92.

Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533718300773>

Guerra, M., Muñoz, L,(2013) Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Enfermería Universitaria,Volume 10(3): 84-91.

Laufer, AB. Breastfeedin (1990) Toward Resolution of the Unsatisfying Birth Experience. Journal of Nurse-Midwifery. January 1990. 35(1):42-45.

Maldonado- Duran, J (2011), Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental Perinatal. Washington, D.C.: OPS; 2011.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?s

Martinez, S (2021 marzo). Trastorno de estrés postraumático perinatal: magnitud del problema, factores asociados y validación de un cuestionario en población española. (Tesis Doctoral). Universidad de Jean,Perú. Disponible en https://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/1071/1/TESIS_MARTINEZ_VAZQUEZ.pdf

MayoClinic.org.es(2018, 11 noviembre).trastorno de estrés postraumático

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967>

Mi Apego (2020) La hora dorada. ¿Qué es y porqué es importante?. Disponible en: <https://miapego.com/la-hora-dorada-que-es-y-por-que-es-importante/>

Moreno, A; Briones, C; Diaz;M, Gomez,E; Martinez, L; Rodriguez, M; Sandoval, E; Briones, Jesus. (2020) Morbilidad extrema (near-miss) en obstetricia. Revisión de la literatura. Revista Mexicana de Anestesiología, 43 (1):53-56.

MSP (2014) Guia en salud sexual y reproductiva manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo parto y puerperio. Disponible en: https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-E_mbarazo-Parto-y-Puerperio.pdf

MSP (2018). Comisión Nacional para la reducción de morbimortalidad por causa obstétrica. Ministerio de Salud Pública del Uruguay. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2018-09/Ordenanza%20MSP%20237-2011%20Comisi%C3%B3n%20Nacional%20para%20reducci%C3%B3n%20de%20Morbimortalidad%20por%20Causa%20obstetrica.pdf>

Olza (2016) La Transparencia psíquica en el embarazo. Instituto Europeo de Salud mental perinatal”. Disponible en <https://saludmentalperinatal.es/2016/05/26/la-transparencia-psiquica-en-el-embarazo/>

Olza, I (2003).El síndrome de estrés postraumático como secuela obstetricia. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estresPostrumatico.pdf>

OPS/OMS/CLAP (2015). “Red CLAP” de Centros Latinoamericanos y del Caribe para la vigilancia y la investigación en salud de la mujer, materna y neonatal: Protocolo Near Miss Materno. Disponible en <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/PanREdCLAPDEMUCIO.pdf>

OPS/OMS (2015). Recomendaciones para establecer un sistema nacional de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54093/9789275323908_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

OMS (2019) Mortalidad Materna. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>

Pacheco, M., Corra, M., García, M. (2021) Tercera Fase del parto; tipos de alumbramiento y sus repercusiones. Disponible en <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-de-los-andes-venezuela/obstetricia-y-ginecologia/3-tercera-fase-del-parto-obstetricia-y-ginecologia/17813491>

Palermo, M, FACOG. (2014). Embarazo normal y de alto riesgo. 1 Edición Buenos Aires.

Pinto L. (2007) Apego y lactancia natural. Rev Chilena de Pediatría 78(1): 96-102 Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v78s1/art08.pdf>

Prescott, J. (1974) Cross-cultural studies of violence. En: Aggressive Behavior: Current Progress in Pre-Clinical and Research, Brain Information Report nº 37. ; Universidad de California. Los Angeles.

Rivera, S., Chacón, C., González, A. (2020) Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Rev. méd. sinerg. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512>

Rodríguez, A (2010). Adaptación de la pareja al embarazo como proceso y promoción de la salud infantil (Tesis doctoral) Universidad de Murcia. Disponible en <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/402098/TARR.pdf>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, (2018). Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Pauta Green-top No. 27a. Disponible en:

<https://www.studocu.com/ec/document/universidad-de-las-americas-ecuador/ginecologia-y-obstetricia/placenta-praevia-y-placenta-accreta-diagnostico-y-manejo/11418400>

Sánchez, J; Palacios, G. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y postparto. Matronas Prof. (2007) Matronas Prof, 8(1): 12-19.

Santos, C; (1993 octubre). Prevención de los Trastornos Psíquicos del Puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternas. Disponible en:<https://www.seypna.com/documentos/articulos/santos-prevencion-trastornos-puerperio.pdf>

Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C. (2005). OBSTETRICIA. 6ª ed BUENOS AIRES : EL ATENEO .

Seng, J., Oakley,D., Sampsel C., Killion, C., Graham-Bermann, S., Liberzon I. (2001) Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstet Gynecol*;97 :17-22

Soto, C, (2013) La Hora de Oro del binomio madre-hijo. Revisión de conductas en sala de partos. Disponible en <https://docplayer.es/37701157-Constanza-soto-conti-hospital-materno-infantil-ramon-sarda-pediatra-neonatologa.html>

Stuart B, Roberts NW, Allott H, Mubangizi V, Dumont A, Harnden A. (2020) Death audits and reviews for reducing maternal, perinatal and child mortality. Cochrane Database of Systematic, Issue 3. Art. No.: CD012982. DOI: 10.1002/14651858.CD012982.pub2. Accedida el 21 de abril de 2022. Disponible en <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012982.pub2/full/es>

Van der Kolk (1996) The body keeps score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. Disponible en <https://psycnet.apa.org/record/1996-98017-010>

Vega M (2022 abril). Apego seguro:una propuesta para mejorar la autonomía de los niños de educación infantil de la unidad educativa particular “Corazon de maria”(Tesis de maestría). Universidad de casa grande. Guayaquil, Ecuador.

Disponible en <http://dspace.casagrande.edu.ec:8080/handle/ucasagrande/3340>

Winnicott, D. (1994) Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Paidós. Disponible en <https://catedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/el-proceso-de-maduracic3b3n-en-el>

[-nic3b1o-donald-winnicott.pdf](#)

Zaat TR, van Steijn ME, de Haan-Jebbink JM, Olf M, Stramrood CAI, van Pampus MG. (2018, junio) Posttraumatic stress disorder related to postpartum haemorrhage: A systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. (225) :214-220. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29747143>

ANEXO 1: Protocolo Código Rojo

El comportamiento y repercusiones de la mortalidad materna en los últimos años, ha situado a la hemorragia obstétrica en el primer lugar. Teniendo en cuenta la importancia que representa se priorizan acciones que impacten en la reducción de la muerte materna, implementando la estrategia de “Código Rojo”, la cual está basada en los

estándares, lineamientos técnicos y clínicos para la prevención y manejo de la hemorragia obstétrica y sus complicaciones. Actualmente se recomienda la activación del mismo una vez que se realiza el diagnóstico.

Para el manejo se debe contar con la participación de por lo menos tres integrantes.

El profesional a cargo debe tomar la iniciativa para actuar y organizar las medidas estandarizadas. Primeramente debe asignar 2 asistentes y 1 circulante, pedir ayuda, informando a la guardia médica, hemoterapia, banco de sangre, block y a equipo de anestesia. En caso de encontrarse en otro nivel de atención con insuficientes medidas para resolverle se refiere a un centro de mayor complejidad.

Es importante informar y dar tranquilidad a la usuaria y acompañante sobre la situación y los procedimientos a realizar para resolver la emergencia.

Corroborar signos vitales frecuencia cardíaca y presión arterial. Estos parámetros nos permitirán calcular el índice de shock: frecuencia cardíaca/presión arterial sistólica.

En el shock severo o índice de choque mayor de 1 (Indicador: frecuencia cardíaca/sistólica).

Si la saturación de oxígeno es menor a 95%, proporcionar oxigenoterapia 3L/minuto por cánula.

Buscar la causa del choque hemorrágico e iniciar el tratamiento teniendo en cuenta la estrategia de las cuatro "T": tono, trauma, tejido y trombina. Una vez identificada la causa comenzará masajes uterinos y tratamiento farmacológico

Colocar VVP de grueso Calibre, administrar de cristaloides; solución salina o Ringer lactato de 500 ml y luego continuar en bolos de 300 a 400 ml precalentados a 39°C

Aplicar medicamentos de primera línea: oxitocina, misoprostol, metilergonovina

- Oxitocina: a 20 U diluidas en 500 ml de suero fisiológico (para pasar en 4 horas a 125 ml/hora)

- Metilergonovina 0,2 mg: 1 ampolla IM (10) (nivel de evidencia 1) -
Carbetocina 100 mcg: 1 ampolla IV

Misoprostol tabletas : 200 mcg 4 tabletas i/r .

Extraer sangre para hemograma; verificando la hemoglobina, hematocrito, plaquetas, TP, TPT, pruebas cruzadas, clasificación sanguínea, electrolitos.

Ir evaluando signos y síntomas de repercusión hemodinámica para establecer la necesidad de transfusión; en el caso de índice severo inicie transfusión inmediata con las dos primeras unidades de sangre sin cruzar –O negativo; si no está disponible, puede usar O positivo–, y solicite las unidades adicionales cruzadas. Recuerde que si

transfunde seis unidades o más de glóbulos rojos, debe conservar la relación es decir, por cada unidad de glóbulos rojos una de plasma y una de plaquetas.

Colocar Sonda Vesical para cuantificar diuresis.

Posicionar a la paciente en trendelemburg, elevar miembros inferiores a 30 ° grados

Considerar la utilización del traje no neumático antichoque.

El ácido tranexámico se debe administrar en dosis de 1 g por vía IV cada 6 horas, mínimo 4 dosis, en las siguientes situaciones:

- Hemorragia post parto secundaria a traumatismo del canal del parto. – Sospecha de trastornos de la coagulación por historia clínica.
- Hemorragia post parto que no ceda al manejo médico después de la aplicación de las medidas iniciales (CLAP, 2012; Clinic Barcelona, 2012).

ANEXO 2: LEY N 18.426 De salud sexual y reproductiva

CAPÍTULO I

De los Derechos Sexuales y Reproductivos

Artículo 1º. (Deberes del Estado).- El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.

Artículo 2º. (Objetivos generales).- Las políticas y programas de salud sexual y

reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

- a) universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados;
- b) garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias;
- c) asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona;
- d) capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;
- e) impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva;
- f) promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.

Artículo 3º. (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

- a) difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y

reproductiva;

- b) prevenir la morbimortalidad materna y sus causas;
- c) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;
- d) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado" desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos;
- e) promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación;
- f) garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables;
- g) incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente;
- h) fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias;
- i) prevenir y tratar las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas;

j) promover climaterios saludables desde la educación para la salud; k)

prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual;

l) prevenir y reducir el daño de los efectos del consumo de sustancias adictivas legales e ilegales.

Artículo 4º. (Institucionalidad y acciones).- Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 2º y 3º de la presente ley, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

a) 1. dictar normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes;

2. impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos sexuales y reproductivos;

3. implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva en el nivel local y nacional;

4. desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la salud sexual y reproductiva;

5. fortalecer el sistema de información sanitario como herramienta para conocer el desarrollo nacional de la salud sexual y reproductiva de la población;

6. promover la investigación en salud sexual y reproductiva como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.

- b) 1. Promover la captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud;
 - 2. implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria vigente (Ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP) acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo";
 - 3. dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal;
 - 4. promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.
- c) Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.
- d) 1. Promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables;
 - 2. promover cambios en el sistema de salud que faciliten a los hombres vivir plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción.
- e) 1. Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos;

2. protocolizar la atención sanitaria en materia de anticoncepción e infertilidad.
- f) 1. Brindar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la [Ley N° 17.514](#), de 2 de julio de 2002 y del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual;
2. detectar la incidencia en la morbi-mortalidad materna de la violencia física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución;
 3. protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual;
 4. incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual.
- g) Impulsar campañas educativas de prevención de las enfermedades crónico degenerativas de origen génito-reproductivo desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.
- h) Dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital.
- i) 1. Promover en todos los servicios de salud sexual y reproductiva la educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las infecciones de transmisión sexual en todas las etapas etarias;

2. proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto;

3. impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia las personas que conviven con enfermedades de transmisión sexual, y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad;

4. investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas.

Artículo 5º. (Coordinación).- En el cumplimiento de los objetivos establecidos en los artículos 2º y 3º de la presente ley, así como en la ejecución de las acciones a su cargo, el Ministerio de Salud Pública coordinará con las dependencias del Estado que considere pertinentes.

Artículo 6º. (Universalidad de los servicios).- Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población. Dichos servicios contemplarán:

- a) la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios en su población objetivo;

- b) el involucramiento de los sub-sectores de salud pública y privada;

- c) la jerarquización del primer nivel de atención;

- d) la integración de equipos multidisciplinarios;

- e) la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales, particularmente con el sector educativo;

- f) la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

CAPÍTULO II

Disposiciones finales

Artículo 7º.- Incorpórase al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo:

"ARTÍCULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.

En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados

de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible".

Artículo 8º. (Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Sala de Sesiones de la Asamblea General, en Montevideo, a 20 de noviembre de 2008.

ANEXO 3: Ordenanza Ministerial N° 751/006

VISTO: el índice de muertes de mujeres, vinculadas al embarazo, parto, cesáreas, puerperio y aborto que persiste en el Uruguay en niveles superiores a los esperables;

CONSIDERANDO: I) que a pesar de los mecanismos existentes persisten dificultades para su completo monitoreo con un subregistro importante, por lo que es necesario mejorar la denuncia, vigilancia y auditoría de dichas muertes; II) que es pertinente la adopción de medidas concretas que contribuyan a reducir la muerte de mujeres por las causas citadas; ATENTO: a lo precedentemente expuesto;

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA RESUELVE:

- 1) Créase la "Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto", la cual será de carácter técnico — consultivo, con los siguientes objetivos:
 - a) Contribuir a la vigilancia de la totalidad de las muertes de mujeres por las causas que se detallan en el acápite del numeral 1^o.
 - b) Mantener un diagnóstico permanente de la situación epidemiológica de éstas muertes en todo el territorio nacional, incluyendo instituciones públicas y privadas, considerando aspectos sociales, económicos, políticos, jurídicos y todos aquellos que posibiliten acciones específicas para contar con un diagnóstico siempre actualizado.
 - c) Proponer directivas, instrumentos legales y principios éticos que concreten estrategias para la obtención de datos y la reducción de las muertes de referencia.
 - d) Promover el proceso de articulación e integración de las diferentes instituciones públicas o privadas e instancias comprometidas con la temática.
 - e) Movilizar e integrar los diversos sectores de la sociedad vinculados a la problemática, con especial énfasis en la comunidad como agente sanitario esencial para el monitoreo y la reducción de las muertes.
- 2) Serán miembros de la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por causa de embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto, los siguientes enunciados:
 - a) Un representante del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género de la Dirección General de la Salud.
 - b) Un representante de la Unidad Asesora de Información Poblacional de la Dirección General de la Salud.

- c) Un representante de los Directores Departamentales de Salud de la Dirección General de la Salud.
- d) Un representante de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.
- e) Dos representantes de la Universidad de la República - Facultad de Medicina, uno por la Cátedra de Ginecología y uno por la Cátedra de Medicina Legal.
- f) Un representante de la Escuela de Parteras Universidad de la República Facultad de Medicina.
- g) Un representante del Instituto de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social.
- h) Un representante del Congreso Nacional de Intendentes.

3) Encomiendase al Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género la puesta en marcha de la presente Ordenanza así como la operativa a desarrollar por parte de la Comisión.

4) Se faculta a ésta Comisión a consultar con Instituciones públicas y privadas relacionadas con el tema, o con personas físicas según cada caso.

5) Cúrese oficio al Ministerio de Desarrollo Social y al Congreso Nacional de Intendentes.

6) Tomen nota la Dirección General de la Salud, el Programa Nacional de la Mujer y Género, la Unidad Asesora de Información Poblacional, el Sr. Coordinador de la Direcciones Departamentales de Salud y la Dirección General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

Cumplido, pase a Comisiones M.S.P.-A.S.S.E.

Ord. N° PE/ ef. N° 001-3707/2006.t.

PÁGINA DE APROBACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final de Grado:

Título

Prevalencia y factores de riesgo de las Malformaciones Congénitas en niños recién nacidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período de tiempo 2011-2020

Modalidad: Monografía X
Protocolo de Investigación

Autoras

María Alejandra García, Alejandra Marchan

Tutora

Ex. Prof. Adj. Dra. Isabel Posada

Co Tutora

Asist. OP. Claudia Goncales

Carrera

Obstetra Partera/o

Calificación

NOTA 8

Tribunal

Prof. Adj. Mag. Sofía Ramos
Asist. OP. Natalia González

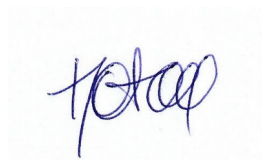


Ex. Prof. Adj. Dra. Isabel Posada



Asistente Clínica Claudia Goncales.

Asist. OP. Claudia Goncales



Asist. OP. Natalia Gonzalez



Prof. Adj. Mag. Sofía Ramos

Fecha 05/12/2022