

Comunicación y Manejo Emocional en GESTACIONES COMPLICADAS o de ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Marta Blasco Alonso Ernesto González Mesa	Marta García Sánchez Daniel Lubián López	24/07/2023
		Fecha revisión
		25/09/2023

PROBLEMÁTICA PSICOSOMÁTICA EN LAS GESTANTES DE ALTO RIESGO

Durante el embarazo es frecuente encontrar situaciones que pueden ser fuente de tensión psicológica en la gestante. Algunas de estas situaciones son derivadas de la coexistencia de problemas médicos, quirúrgicos u obstétricos complicando la gestación o de la necesidad de gestionar el riesgo de prematuridad en circunstancias que pudieran precipitar la finalización de la gestación de manera precoz. El propio diagnóstico de una situación de riesgo durante la gestación es también fuente de sobrecarga emocional en algunas gestantes, al representar una amenaza para la propia existencia o la del futuro bebé. Otra fuente de tensión importante a tener en cuenta es la sensación pérdida de control que las gestantes perciben cuando ocurren ciertas complicaciones en su gestación, sobre todo cuando hay riesgo de que sucedan desenlaces inesperados de las mismas.

Es importante que pensemos en las situaciones que pueden desencadenar miedos en nuestras pacientes al tener contacto con ellas:

- Miedo al dolor físico que una dolencia conlleve
- Miedo a una posible incapacidad derivada de tratamientos o protocolos de manejo
- Miedo por el conflicto interior que aparece en ocasiones entre los intereses de la paciente y los de su hijo.
- Miedo por la necesidad de asumir el abandono de su entorno familiar, social y laboral ante un ingreso hospitalario
- Miedo por la necesidad de realizar tratamientos
- Miedo a la hora de prepararse para asumir la responsabilidad de cuidar de un futuro hijo con dudas sobre si será completamente sano o tendrá necesidades específicas.
- En definitiva, miedo a asumir un futuro que sobreviene de una forma diferente a como se había imaginado inicialmente.

Todas estas posibles situaciones de tensión se añaden en los casos de gestaciones complicadas a los temores que ya tienen a menudo de por sí las gestantes en las diferentes fases del embarazo.

En resumen, podríamos categorizar tres ámbitos diferentes de tensión en gestantes con embarazos complejos: El feto, la madre y el entorno.

Es prioritario que los encargados de la salud de las gestantes elaborem una adecuada aproximación y manejo en estas situaciones desde una perspectiva integral incluyendo dimensiones relacionadas con las condiciones socioculturales del entorno de la gestante y con su propia actitud ante la gestación en cada situación.

Como obstetras, no solo debemos realizar un adecuado diagnóstico y manejo terapéutico, sino que es igual de necesario saber aportar a la gestante herramientas que le ayuden a afrontar su situación de “embarazo complicado” y a aceptar y manejar las posibles consecuencias desde un punto de vista emocional.

MANEJO EMOCIONAL EN EL INGRESO POR COMPLICACIÓN DE LA GESTACIÓN RELATIVA A RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO.

Dado que una de las situaciones más frecuentes que podemos encontrar complicando la gestación es la amenaza de parto pretérmino vamos a referirnos a su manejo emocional como ejemplo más habitual, sin embargo, los recursos pueden ser empleados en otras situaciones que compliquen la gestación.

En este tipo de complicaciones podemos diferenciar al menos tres categorías.

1. El trabajo de parto pretérmino **espontáneo e idiopático**, o al menos la presencia de contracciones regulares e intensas con mayor o menor modificación cervical sin hallazgo de etiología concreta.

Estas pacientes van a precisar desde un punto de vista médico el uso de tocolíticos, corticoides y neuroprotectores para mejorar los resultados perinatales.

Debemos informar a las gestantes de que en este grupo de circunstancias, en muchas ocasiones podemos ser capaces de frenar el trabajo de parto y prolongar el embarazo días o semanas

El frecuente carácter transitorio de las contracciones en este grupo ocasiona un ingreso hospitalario que puede en ocasiones ser de escasa duración, por lo que también es importante orientar a estas gestantes en el reconocimiento e identificación de cambios en su organismo y síntomas guía así como en la modificación de ciertos hábitos de vida que puedan ayudar a prolongar el embarazo como el reposo relativo o la vida tranquila de cara a que puedan regresar a su entorno familiar lo antes posible. Una vez dadas de alta, estas pacientes deben ser controladas periódicamente de forma ambulatoria, por lo que su colaboración en la detección de signos de alarma será muy importante y además, les permitirá sentir que no van a perder completamente la sensación de control de la situación.

La orientación que aporte el equipo obstétrico que atiende a la paciente con APP va a marcar en cierto modo la vivencia que la gestante tenga a partir de este punto de inflexión que ha sufrido la historia natural de su gestación. Será muy importante ofrecer a la gestante recursos que le ayuden por un lado a afrontar su nuevo estatus de “embarazada con riesgo” y las pautas a seguir respecto a hábitos de vida o tratamientos y controles pautados y por otro a preparar un eventual nacimiento de un bebé prematuro.

2. El parto pretérmino **secundario** a alguna otra condición: siendo la más frecuente la rotura prematura de membranas (RPM) o la patología cervical uterina (incompetencia cervical con o sin prolapso de bolsa).

En estas situaciones debemos cambiar algunos aspectos de nuestra comunicación con la gestante, ya que en estos casos es previsible un ingreso hospitalario prolongado, probablemente hasta la finalización del embarazo. Esto supone una sensación de pérdida del control de sus vidas para las gestantes ya que abandonarán su vida laboral y familiar. Es evidente que serán un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista psicológico, en las que nuestro apoyo emocional será clave.

Nuestro manejo debe conllevar una adecuada gestión de un complejo equilibrio entre dos estrategias terapéuticas que en ocasiones tienen direcciones opuestas:

- Optimizar la salud fetal (evitando la infección y minimizando los efectos y secuelas de la prematuridad), y
- Optimizar la salud materna (reducir el riesgo séptico y eventuales complicaciones del tratamiento)

Debemos explicar que será normal la aparición de sentimientos ambivalentes pudiendo coexistir por un lado el deseo de finalizar el embarazo para recuperar la vida previa y minimizar el sufrimiento personal de la gestante con el de evitar el parto prematuro por las secuelas potenciales en los hijos.

También es importante ayudar en la gestión de la incertidumbre orientando en las dudas sobre los diferentes entornos que se plantean en su interior las gestantes y sus familias respecto a:

- La duración del embarazo (prematuro extremo vs tardío)
- La forma de finalización (programada vs. urgente, cesárea vs. parto vaginal)
- El resultado perinatal (morbilidad neonatal severa vs morbilidad neonatal moderada) y
- El resultado del hijo a largo plazo (normalidad vs. necesidades especiales).

En este punto es importante que el equipo perinatal tenga conciencia de estas incertidumbres que se generan y le facilite la información necesaria e instruya en herramientas y estrategias para el afrontamiento.

3. El parto pretérmino **inducido** como solución terapéutica a una condición materna o fetal que precise la finalización del embarazo (restricción de crecimiento intrauterino severo y precoz, enfermedad hipertensiva gestacional severa...)

En estas situaciones la atención se suele focalizar en la condición que originó el problema. Esto añade aún más incertidumbre sobre las repercusiones del nacimiento prematuro, siendo en ocasiones necesario que las estrategias de afrontamiento que facilite el obstetra incluyan información orientada a priorizar la solución de problemas, siendo en ocasiones con intenciones paliativas.

ESTRATEGIAS DE APROXIMACIÓN INTEGRAL A PACIENTES HOSPITALIZADAS CON ALTO RIESGO DE PREMATURIDAD.

1. No debemos olvidar que **el centro de todo el proceso será la gestante**: debemos priorizar tanto su salud como la de su hijo. Estos son los objetivos que dirigen nuestra actuación y como tal debemos transmitírselo a la paciente y su entorno. Será importante que evitemos cualquier posible distorsión que pudiera desviarnos de este objetivo. Entre esas distorsiones se pueden generar por circunstancias relacionadas con presiones del sistema, sobrecarga asistencial o situaciones relacionadas con ciertos elementos de la personalidad de los componentes del equipo que atiende a la paciente. En este sentido

puede ser importante intentar garantizar la mayor estabilidad en el equipo obstétrico que suela atender a pacientes con ingresos prolongados, de manera que se facilite el vínculo de la gestante con su obstetra referente, facilitando la generación de confianza y anclaje en el interés por el éxito del proceso y minimizando la distorsión que pudiera ocasionarse por opiniones contradictorias o mensajes equívocos procedentes de diferentes referentes.

2. Debemos **transmitir que la edad gestacional es un continuo** siendo el proceso de **maduración paulatino**. Así, ayuda mucho transmitir que cada día de vida intrauterina será importante en el desarrollo del bebé y que, a mayor edad gestacional conseguida, menores serán los problemas potenciales de su hijo.

3. **No debemos plantear metas temporales a medio o largo plazo**. Plantear objetivos como alcanzar una u otra semana, puede ayudar a algunas pacientes, sin embargo en general origina mayor ansiedad y puede en ocasiones produce frustración en los casos en que ocurran eventos que alejen de ese objetivo. Es preferible orientar a que cada mañana podemos alegrarnos al comprobar que ha pasado un día más sin incidencias.

4. Los encargados de la salud de las gestantes deben enviar **mensajes de refuerzo yoico** mediante los cuáles transmitamos nuestra admiración por los esfuerzos realizados por la paciente y su familia a la hora de prolongar el embarazo. Ayuda el reconocimiento de su sacrificio al seguir nuestras indicaciones y el dar sentido al cambio que se ha producido en sus vidas.

5. Transmitir de forma directa una serie de **mensajes de “anclaje”** que permitan transmitir el interés de todo el equipo encargado su seguimiento en conseguir el mayor éxito de su embarazo. Debemos hacerle ver que tanto ella como nosotros estamos esforzándonos por obtener el mejor resultado posible, y explicar todo lo que la médicamente estamos realizando en este sentido.

6. Es positivo que la gestante **conozca la mayor información realista posible**: Debemos explicarle en cada momento si pensamos que está en una fase estable o no, si se esperan cambios en su situación a corto o medio plazo y además debemos transmitir la preparación de todo el equipo obstétrico que la controla para actuar que sea necesario y para hacerlo en cualquier momento, no solo estando a cargo de los referentes habitualmente encargados de su cuidado sino por parte de todo el equipo, habiendo una continuidad en el manejo de su caso.

7. Así mismo debemos **transmitir la experiencia** del equipo en el manejo de situaciones como la que ocupa a la gestante en concreto. En este sentido ayuda aportar las cifras que dispongamos sobre la prevalencia de la complicación concreta, de los resultados de nuestro centro y de la evolución de los casos disponibles en números. Todo esto permitirá a la gestante conocer qué puede esperar de los resultados posibles de su situación.

8. También es necesario que nos **intereseamos de forma explícita por la salud psicológica** de la gestante. No todas las pacientes nos demandarán ayuda en este sentido pero en ocasiones hacer preguntas directas sobre su estado de ánimo, puede ayudar a que nos exprese sus sentimientos, emociones, temores y necesidades en relación a su situación y, en caso de detectar esta necesidad de apoyo, debemos brindarles ayuda emocional por nuestra parte o por parte de especialistas de referencia.

9. En caso de pacientes con ingresos prolongados, ayuda **identificar al acompañante principal**. Así podremos realizar una mejor aproximación a la situación socio-familiar de la gestante y valorar el soporte con el que cuenta. En ocasiones, una primera entrevista a solas con la embarazada puede llevarnos a que sea ella misma la que nos indique si durante las visitas médicas prefiere estar acompañada o no y por parte de quién a la hora de compartir la información que administremos.

10. Ante cualquier situación en la que sea preciso tomar decisiones trascendentes, será primordial debemos aceptar su criterio y **transmitir a la gestante nuestra voluntad de acompañamiento** en todos los escenarios posibles derivados de sus decisiones, evitando que se sienta abandonada.

Tabla 1. Manejo Emocional en Gestantes ingresadas por riesgo de Prematuridad

1. <u>Ellos son el centro</u> : Poner a la gestante y su bebé en el centro de todo el proceso.
2. <u>Cada día importa</u> : Transmitir la evolución del proceso de maduración como algo paulatino.
3. <u>Un día más sin incidencias</u> : No buscar metas a medio o largo plazo. Alegrarnos cada día conseguido.
4. <u>Mensajes de refuerzo yoico</u> : Transmitir reconocimiento y admiración por su sacrificio y esfuerzo.
5. <u>Mensajes de “anclaje”</u> : Transmitir nuestro interés en conseguir el mayor éxito de su embarazo
6. <u>Transmitir información realista</u> .
7. <u>Saber qué esperar</u> : Transmitir nuestra experiencia y resultados en cifras.
8. <u>Interesarnos de forma explícita por la salud psicológica</u> de la gestante.
9. <u>Identificar al acompañante principal</u>
10. <u>Transmitir nuestro acompañamiento</u> ante tomas de decisiones.

BIBLIOGRAFIA

1. González-Mesa, Ernesto; Blasco-Alonso, Marta. Towards a comprehensive perspective in the care of complicated pregnancies: 10 key points from a psychosocial perspective /Hacia una perspectiva integral en la atención a las gestaciones de riesgo. Aportación de un decálogo desde una perspectiva psicosocial. Prog. obstet. ginecol. 2019;62(2):107-111 doi: 10.20960/j.pog.00176.
2. Carter J, Tribe RM, Shennan AH, Sandall J. Threatened preterm labour: Women’s experiences of risk and care management: A qua- lita ve study. Midwifery 2018;64:85-92.
3. Rubarth LB, Schoening AM, Cosimano A, Sandhurst H. Women’s experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2012;41(3):398-407.