

Maternidad e infancia

Autor Dr. Carlos Mercau

Jefe de neonatología Docente asociado Pediatría UBA. Profesor Auxiliar extraordinario Pediatría U. Del Salvador.

Resumen

Maternidad e Infancia el embarazo es tratado del punto de vista de la teoría de sistemas considerándolo como un sistema donde las diferentes variables actuantes ambientales, culturales, sociales, económicas, la asistencia prenatal, la formación del personal, sus roles actúan condicionando al recién nacido

Summary

Maternity and Childhood the pregnancy is dealt with the point of view of the theory of systems considering it like a system where the different environmental, cultural, social, economic variables operating, the prenatal attendance, the formation of the personnel, their rolls act conditioning to new born

La maternidad y la infancia constituyen un sistema que se inicia con la fecundación y evoluciona con el individuo que crece, se desarrolla y se reproduce y es influido por el ambiente que lo rodea, lo condiciona y lo obliga a disponer respuestas individuales o comunitarias, acordes con sus necesidades.

Esas necesidades y su satisfacción introducen el concepto de oferta y demanda. En la práctica la demanda expresa las necesidades manifiestas, aparentes o conocidas en la población y la oferta consiste en los recursos que se dispone para satisfacerla. Pero en este campo en particular, el universo es de gran significación, ya que representa más de la mitad de población, lo cual le otorga peso numérico y por su calidad intrínseca, vulnerabilidad y trascendencia.

La primera pareja raíz de la raza humana, dio origen histórico al binomio madre-hijo. A partir del poderoso sentimiento de protección a la prole, la madre ancestral inicio la lactancia y brindo su calor corporal y sus cuidados en acciones de salud primitiva, que sin duda permitieron generar actitudes en las sucesivas generaciones hasta llegar la protección sistematizada.

El nacimiento, entonces y ahora es el hecho más trascendente en la historia de la familia.

Al presentar el ciclo reproductivo a través del tiempo y las pertinentes disciplinas medicas que lo acompañan, se observa con la mujer fecundada, asistida por la obstetricia.

El nacimiento de un nuevo ser, es sujeto de la neonatología hasta el 28 día de vida. A partir de entonces y hasta los seis y doce meses (según el nivel social, económico y sanitario de la familia a considerar) cursa el período de lactancia. Desde la óptica de Salud Publica y Estadística se considera lactante hasta los dos años de vida, preescolar al mayor de dos años y menor de cinco. Estos periodos son asistidos por la pediatría. La adolescencia se extiende hasta los 18 años y es cubierta por la hebiatría.

Los límites de tiempo referidos para el neonato y el lactante permanecen fijos por su naturaleza psicológica mientras que los de preescolar y adolescentes están siendo sometidos a revisión.

Convencionalmente y sobre bases psicológicas se denomina período perinatal al que se extiende desde la 28 semana de gestación, fecha de la viabilidad fetal hasta el séptimo día de la vida intrauterina. Esto implica un concepto dinámico en el que convergen los antecedentes y hechos más importantes de la vida de un individuo:

Fecundación, carga genética, gestación, nacimiento y adaptación a la vida extrauterina.

Las circunstancias ambientales externas e internas que interaccionan en este periodo condicionaran el estado de salud y enfermedad a lo largo de toda la vida.

De esta manera y con el fin de asegurar a la madre, al niño y a la familia se han sistematizado las acciones dando lugar a un conjunto en el concepto de perinatología.

El mayor peso en la morbimortalidad precoz esta dado por la mortalidad neonatal precoz, donde es más factible luchar con la muerte evitable. En este caso puede aumentar la morbilidad lo cual ofrecerá otro desafío de nuevas estrategias.

La esperanza de vida es un indicador resumen de mortalidad que es utilizado como expresión del desarrollo de un país. Para el nuestro, como para Latinoamérica la mortalidad infantil es determinante principal de la esperanza de vida y tiene un gran valor.

RIESGOS DEL RECIÉN NACIDO

La recién nacido pasa por períodos sucesivos donde el riesgo es particularmente acentuado. El primero es el inmediato hasta las 48 horas de vida, con los traumas obstétricos, genéticos, infecciones maternas, condiciones sociales, etc. El mediato hasta el 7º día que cubre la adaptación metabólica a la vida libre y el tercer período que termina a los 28 días cargado por los factores externos.

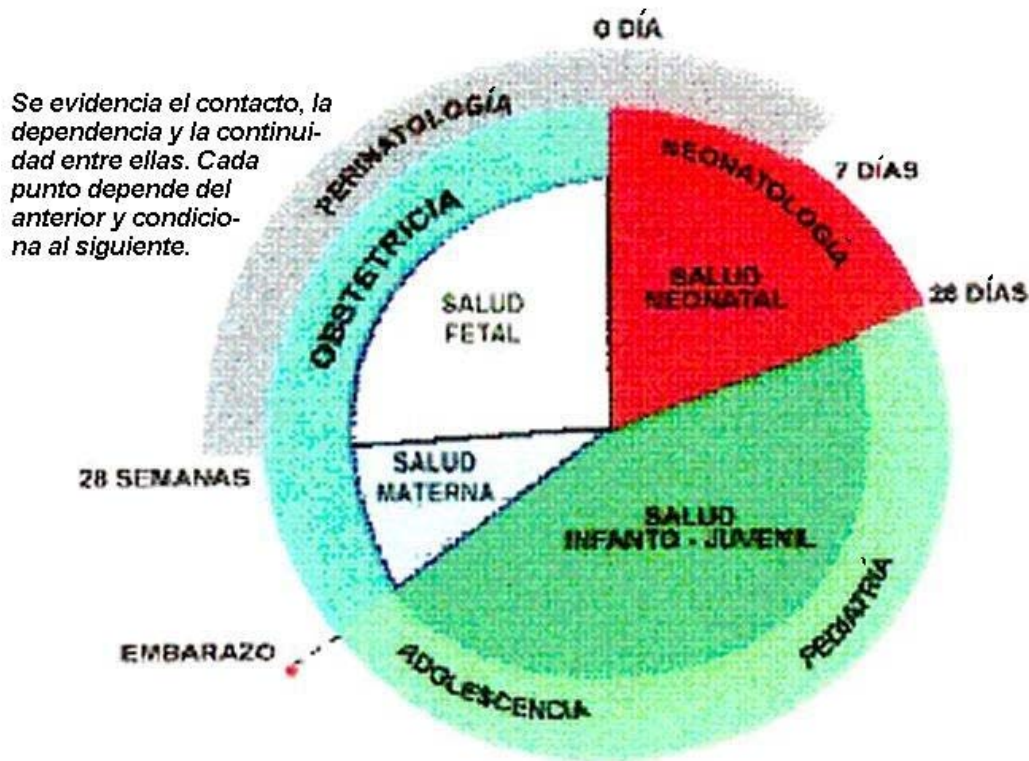
ATENCIÓN DEL RIESGO

La estrategia para enfrentar el riesgo siendo este multicausal, abarca un conjunto de acciones coordinadas que se abren a la gestión de la medicina perinatólogica. Esta debe ser elaborada con sencillez y precisión para disminuir la muerte evitable. (1)

La tecnología sofisticada se ha convertido en la aspiración de todos los servicios, pero la transferencia de la aparatología de los países desarrollados, tiene un alto contenido comercial. Sin negar el valor de los equipos computarizados su ubicación deberá estar en los hospitales de referencia. Vale más volcar esfuerzos y dinero en la atención primaria del área materno infanto juvenil porque su rendimiento social será más amplio, recordando que la alta tecnología no podrá competir por el éxito frente a la promoción de la salud y la prevención de los riesgos de enfermar y morir.

ÁREAS DE LA SALUD MATERNO INFANTO JUVENIL

SALUD MATERNO INFANTIL ÁREAS QUE LA COMPONEN



Esquema áreas de salud

Dado que la salud materno infanto juvenil concentra el mayor caudal de las acciones de un hospital polivalente, es necesario, por la importancia asistencial, destacar cuantas áreas la componen y como progresivamente se conectan entre sí obedeciendo a un patrón biológico del crecimiento del elemento humano en asistencia.(2)

El área total está compuesta por el área materno-fetal, neonatológica e infanto-juvenil. Cada una de ellas tiene caracteres particulares que provoca la inserción de distintas especialidades médicas y procesos de organización destinados a coordinar acciones y facilitar la interrelación en la asistencia de la madre, del feto y del niño. Esto se refiere a la perinatología que aparece abrazando la obstetricia y la pediátrica.

El área Materno – Fetal se extiende desde el comienzo de la gestación hasta el nacimiento. A lo que era hasta ahora de exclusividad de la obstetricia, se le ha agregado funciones coadyuvantes, la fetología: que se la puede definir como una disciplina médica cuyos límites se extienden desde la embriología a la fisiopatología del feto. La aparición de la cirugía intrauterina, exitosamente (Foto de feto tomando dedo de cirujano) instalada, amplió los márgenes de la fetología, insinuados desde hace tiempo, con maniobras invasivas de control de líquido amniótico, toma de muestras y las no invasivas como la ecografía.

Naturalmente, se instala un alto riesgo en concordancia con la malformación o la corrección que se busca. A esta amplia gama de novedades se suma la genética que se sustenta con los estudios de la epidemiología genética.

La concurrencia de estas distintas especialidades al ya nutrido grupo perinatólogo, exige los esfuerzos necesarios de coordinación para asegurar los beneficios de su aplicación y evitar la fragmentación del área materno-fetal. De todas formas la obstetricia sigue siendo rectora y conductora del embarazo y el parto.

El área neonatología comienza, conjuntamente con la perinatología en la semana 28ª del embarazo, donde aparece la posibilidad de un nacimiento viable y además marca la acción conjunta de las especialidades básicas de la asistencia neonatal. El período del recién nacido se extiende desde el nacimiento hasta el día 28º, la elección del día 28º obedece a un consenso internacional, sin consideraciones biológicas.

Respecto del término perinatología, fue propuesto por R. Caldeyro Barcia, eminente investigador uruguayo, y ese enunciado sugirió a quienes trabajábamos en el tema a desarrollar la idea organizativa que hacía intuir la propuesta.

El divorcio del obstetra y neonatólogo fue rápidamente solucionado en las reuniones de discusión y hoy la perinatología es una realidad, por lo menos en lo teórico. La perinatología no es una ciencia o un arte de asistencia, sino un equipo compuesto por todos los especializados que rodean, siguen y cuidan a la madre gestante y al niño. Allí se encuentran anestesistas, hematólogos, cirujanos, laboratoristas, asistentes sociales, enfermería especializada, antropólogos, etc.

El espacio que se le otorgo se extiende tanto sobre el área obstétrica como la neonatológica.

Comienza en el período de viabilidad fetal (28 semanas de gestión) hasta el 7º día de vida extrauterina.

El área de salud neonatal cubre desde la viabilidad fetal hasta el día 28 de vida libre.

La asistencia del neonatólogo en el parto hoy es una exigencia del obstetra. Para llegar a esta actitud hubo un largo desarrollo histórico. Con la aparición de la neonatología se escribe un nuevo capítulo, que combina la dirección obstétrica con la opinión, consejo y asistencia del neonatólogo.

Al enriquecer la historia clínica se prevén las situaciones de riesgo y se consideran variables ambientales y socio – económicas que afectan al sinergismo biológico – social del embarazo.

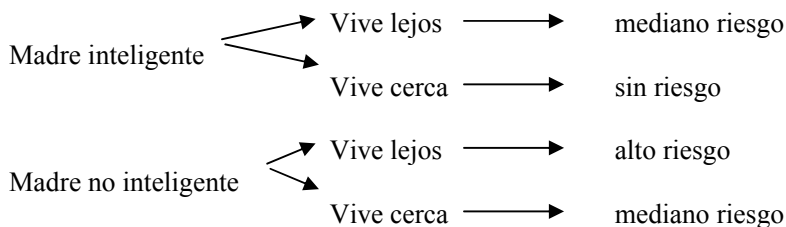
Al finalizar la estadía normal post parto se ha descubierto el tiempo de mayor riesgo para el recién nacido. Pero hay un riesgo potencial encubierto en el retorno al hogar. Las condiciones socio – económicas, la educación de la madre y su entorno, gravitan poderosamente en la salud del niño.

El área infante – juvenil se desarrolla hasta la adolescencia cuyo límite está en discusión (16 a 18 años), en donde el hombre sale del cuadro materno infante juvenil y la mujer reingresa por la posibilidad de la procreación.

Es necesario tener claro que crecimiento se refiere al aumento de peso, estatura, etc., y desarrollo tiene que ver con las posibilidades cognoscitivas que se inician tempranamente. Es probable que el recién nacido reconozca los ruidos cardiacos de la madre. Se puede observar como se calma cuando la madre lo aproxima a su pecho. Asimismo tiene la predilección por los sonidos agudos y es curioso que todas las madres y mujeres que le hablan a un recién nacido lo hacen en un tono agudo.

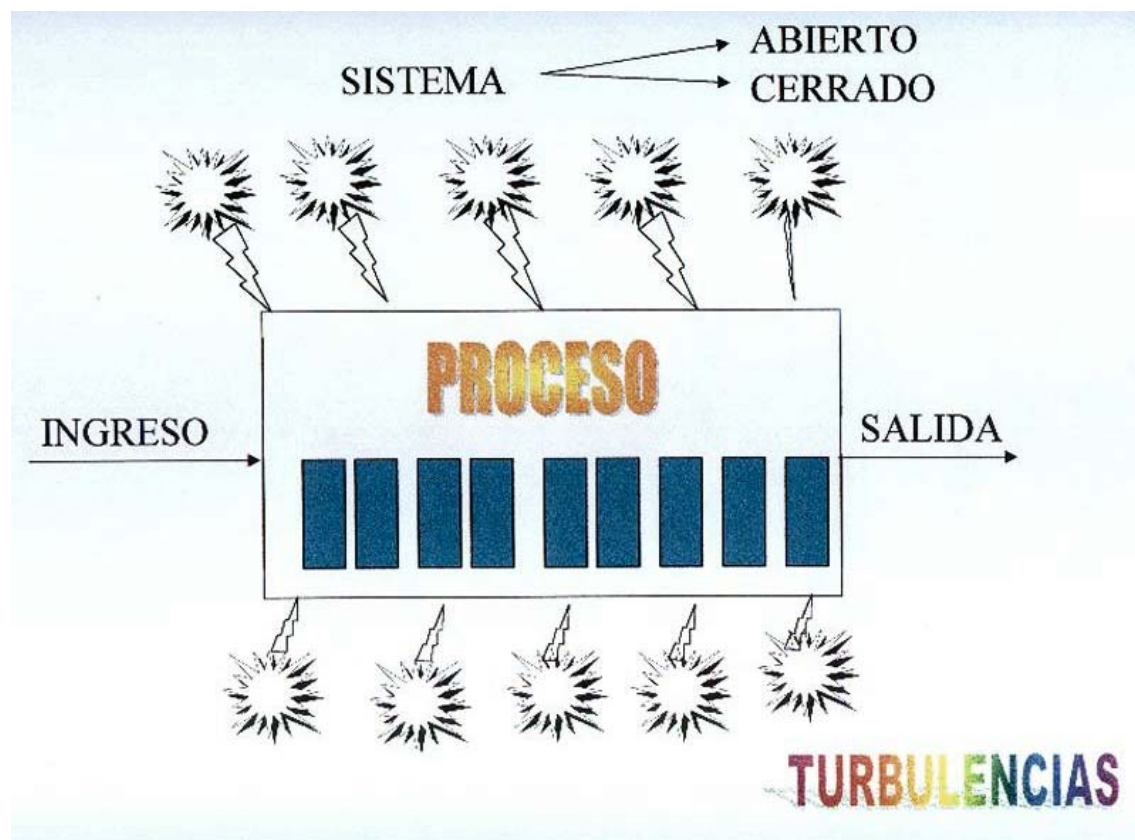
Esta etapa de la vida tiene riesgos anteriores a su nacimiento: genéticos, malformaciones, infecciones, traumatismos inherentes al parto, mala praxis, falta de coordinación perinatólogica (desinformación). Su ingreso al medio familiar lo expone a los riesgos citados arriba que el equipo perinatólogo debe tener especialmente en cuenta.

Durante muchos años hemos empleado un esquema valoración de riesgo potencial que incluya la distancia y la cultura.



Este esquema condiciona las acciones para la atención programada y el seguimiento en domicilio.

ENFOQUE SISTEMÁTICO DEL EMBARAZO



El término sistema es tan viejo como el tiempo. En el siglo II de nuestra era, Claudio Ptolomeo (165 - 100 a.C.), expresó y dibujo lo que llamó sistema planetario, con la Tierra en el centro y girando alrededor del Sol y los cuatro planetas conocidos a la fecha.

La difusión histórica del termino aludido, alcanzo al sistema métrico decimal con tal fuerza que Tayllerand (1754 – 1838) lo propuso a la Asamblea Francesa para uso oficial.

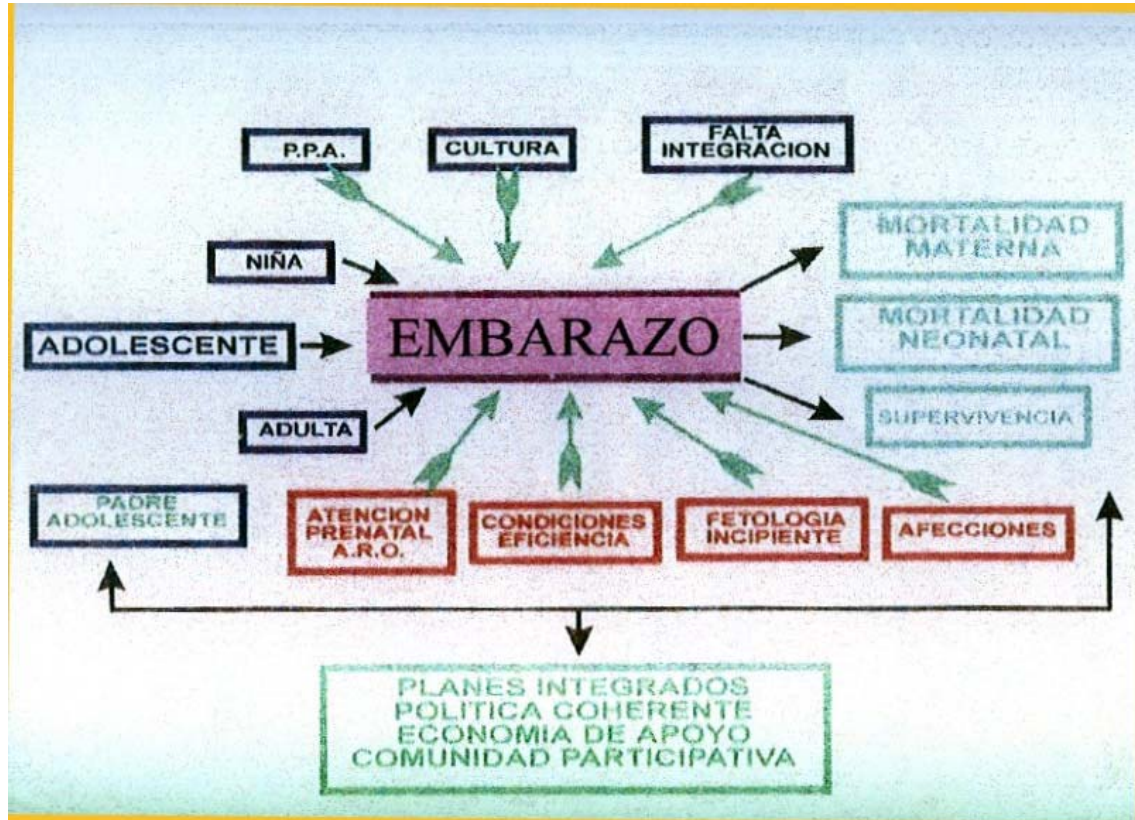
Ludwing Von Bertalanffy en el año 1968 publicó su teoría general de los sistemas. Explica en ella la dinámica y correlación de los hechos que componen lo que llamo sistemas. La teoría general de los sistemas la desarrolló según bases termodinámicas que el paso del tiempo desautorizó.

Fue captado por la medicina y aparecen los sistemas nervioso, digestivos, etc. Asimismo la sociología, la política y la ciencia en sus diversas manifestaciones también lo adoptan.

El concepto de sistema permite la visualización global de un proceso biosocial y lo incorpora al conocimiento medico ligado a las condiciones ambientales en que se desarrolla el hombre, e indica al efector en salud lo que hay que hacer en medicina social en función de la salud.

En esa tendencia nos resultó didáctico describir el embarazo como un sistema abierto, dinámico y en contacto con las influencias externas.

La importancia del concepto del embarazo como un sistema, estriba en la visión total del proceso y la ubicación de los hechos que provocan alteraciones.



La idea unicasalista de los problemas del embarazo impresa en algunos efectores de salud le impiden la visión multicausal y valorar la reacción que las circunstancias que componen el medio ambiente provocan en el curso normal del embarazo.

El abordaje sistémico permite ver el sitio más duro del impacto en salud, pero asimismo, como se comportan otras variables. Propone una situación de equilibrio dinámico y para lograrlo, denuncia una variable de desajuste. Si el enfoque correctivo es único del sitio de impacto, impide valorar la multicausalidad y encontrar soluciones integradas convergentes hacia el fin último.

Por ejemplo, una niña embarazada de 14 años de edad, tiene un problema básico: su edad, (unicausal) que focalizará habitualmente la atención obstétrica. No son consideradas las variables dadas la formación especializada del obstetra, que puede ver los hechos socio – ambientales como no pertenecientes al arte y ciencia obstétrica. Se escribe así otra adversidad en el capítulo de las oportunidades perdidas.

Los elementos adversos que componen su medio ambiente (multicausalidad) son variables que como turbulencias agravan el proceso. Así se alinean las necesidades básicas insatisfechas, educación, estilo de vida, pobreza, etc. El hecho fundamental para la asistencia es cuantificar estos señalamientos para calificar los riesgos del embarazo.

Si bien el médico asistencial no puede modificar algunos hechos de dependencia ajena a sus funciones debe estar atento a la detección entre ellas. También así se podrá planear la mejor asistencia preventiva, trabajo metódico de protección médico social.

Como dice Mario Bunge: *“los objetos sociales son multifacéticos por lo tanto escapan al alcance de los especialistas de mente estrecha”*

VARIABLES – TURBULENCIAS

El contenido de estas aclaraciones sobre turbulencias, tiende a valorar como actúan, se compatibilizan y se potencian entre sí. Denuncian el foco piloto de la atención sanitaria y como son capaces de desviarla de los acontecimientos. El conjunto de los hechos de la evolución se suma a la patología y al momento de valorar los riesgos sugieren acciones que no prevé el hecho piloto. Es

imprescindible tener en cuenta los mecanismos biopsicosociales que acompañan la evolución del embarazo.

La elaboración de un índice de riesgo, según la línea de este pensamiento queda a consideración del responsable en salud para aplicarlo según el medio, cultura, estilo de vida, etc. No hay que llegar al final del proceso cuando se ha perdido la oportunidad de intervenir.

La Medicina Social tiene un alto contenido en prevención por más barato y seguro. Virchow afirmaba: la medicina es una ciencia social. La pregunta es cuanto se puede hacer con esa intención y con el esfuerzo e compartido. Cuanto se logre no vale tanto por su monto, sino por sentir que se ha abierto un camino que otros habrán de transitar con más seguridad y en mejores condiciones.

La descripción sintética de algunas variables turbulencias completan el sentido del esquema del sistema del embarazo y aclaran en cuanto son importantes esos impactos en el desarrollo del embarazo por sí o como por la potencialización con otras variables.

AMBIENTE Y SANEAMIENTO

El ambiente son la circunstancias – condiciones, que rodean al hombre los animales y las cosas (Diccionario Enciclopédico Espasa Calpe).

Los países latinoamericanos padecen de una falta crónica de saneamiento. Nuestro país vive las mismas circunstancias. El 48 % de la población suburbana de la Capital Federal se provee de agua de calidad sospechosa y con seguridad contaminada. Las bocas de agua en la proporción descrita, no son corrientes y los sistemas de eliminación de excretas no disponen de barrido y canalización adecuada. Ni las distancias a los pozos negros son las correctas. Esto que parece ser una descripción colonial responde a la realidad actual.

El grupo madre – hijo, al alta del Hospital va a una vivienda con las condiciones descritas. No se ha generalizado el uso de la ficha social propuesta por el Prof. V. Mazzafero, que permite conocer de antemano los riesgos potenciales a que estará expuestos el recién nacido y se le suma que el médico de cabecera no recibió una formación que lo instruya en este aspecto de la medicina y no puede de este manera estar preparado para vigilar, orientar, proveer y corregir estos aspectos en lo posible en la atención post – natal y el crecimiento y desarrollo del recién nacido.

En toda forma, será corresponsable con la familia, de un niño disminuido en sus posibilidades cercanas y futuras, alejado de los derechos del niño y en el mejor de los casos será un sobreviviente

P.P.A. (Pobreza Población Ambiente)

En el año 1994 UNICEF describe el sinergismo entre la pobreza, la población y el ambiente para los países pobres y en vías de desarrollo. Eufemismo que oculta la realidad de la situación social en América Latina.

Destaca un efecto de succión de los pueblos afectados en su enorme masa de familias sometidas al desempleo, al empleo temporario o la subocupación.

El aumento permanente de la población que se enrola en el mismo cuadro laboral y el envejecimiento, que se suma a la población no productiva, encarece los servicios de salud, ya de por sí carenciados.

Los gobiernos optan, por exigencia de la globalización, a abandonarlos a su condiciones mínimas de subsistencia o los dejan a la protección comunitaria. Esta, agobiada por sus problemas económicos sociales, no les puede solventar en la medicina adecuada.

Los efectos colaterales caen sobre la salud, nutrición y educación. Los niños y los jóvenes pierden el acceso a la educación. Los niños pierden su potencial cognoscitivo definitivamente y los jóvenes no tendrán acceso a una sociedad tecnológica que exige conocimiento y experiencia.

Hoy un joven que se presente como repositor de alimentos en supermercado debe tener título de bachiller porque es exigencia para el ingreso. Cuesta concebir la masa de egresados con enseñanza primaria que al no poder completar su estudio secundario, queda discriminado para lograr un trabajo que le permita subsistir.

Amartya Sen (Premio Nobel de Economía 1998) desde su posición de economista plantea la desigualdad de la distribución de la riqueza en el mundo. Piensa que la combinación de la economía y la filosofía se instaura en una dimensión ética: la discusión de los problemas vitales.

Eric Hobsbawn (filósofo moderno), en su conferencia en Buenos Aires en noviembre 19 de noviembre 1998 dijo, “vivimos en una era de abundancia jamás imaginada y a la vez, del auge de la desigualdad”.

¿QUÉ PASA EN NUESTRO PAÍS?

Desde 1991 la economía creció un 10% y la desocupación se triplicó (Editorial Diario “Clarín” diciembre 2000). En el 2003 diciembre nuestro país presenta cifras de casi 20 millones de pobres. Hoy esa cifra alcanza los 30 millones. La pobreza cabalga en una ruta plagada de consecuencias fatales para el hombre.

No cuesta mucho esfuerzo imaginar el porqué del auge de la delincuencia, el acceso limitado a la educación, a la salud, al trabajo calificado. Globalmente a los derechos del hombre. El acceso al trabajo calificado está en relación directa con la preparación lograda y las condiciones anteriormente descritas discriminan a una enorme cantidad de jóvenes cuyo número se incrementa día a día. Paúl Crujan dice: “*El trabajo típico del siglo XXI será un tipo de cosa que no se pueda hacer en Internet*”.

Las Naciones Unidas a través de su programa para el desarrollo (P.N.U.D.) califica la calidad de vida por un índice compuesto por la esperanza de vida, logro educacional y nivel decente de vida.

Señalando así que las distintas dimensiones de la pobreza no se reducen al ingreso salarial sino en mejorar los estándares de vida de la población (3)

Los conceptos de indigencia, pobreza, necesidades básicas y pauperismo están descriptos como:

Indigencia: es el individuo o la familia que no cubre los requerimientos nutricionales adecuados y a un costo mínimo.

Pobreza: son las circunstancias de la indigencia más el conjunto de bienes y servicios básicos.

Necesidades Básicas: se compone de cinco condiciones: hacinamiento, vivienda inadecuada, condiciones sanitarias, asistencia escolar, capacidad económica de subsistencia. La falta de una sola de estas condiciones implica la presencia de necesidades básicas.

Pauperismo: aparece en nuestra sociedad deteriorada económicamente una degradación de la clase media que lentamente entra en pauperismo por la disminución global de sus posibilidades en la educación de sus hijos, riesgo de pérdida del trabajo calificado y la búsqueda de ingresos compensatorios en un mercado cerrado a la edad y la ponderación de la capacidad técnica moderna en medios electrónicos.

Miseria: es un estado de depresión física y moral. El miserable no tiene capacidad de superación. Juan Pablo II dijo: “*la miseria destruye a la familia*”.

Toda esta descripción y enumeración es lo que la CEPAL discutió como “la brecha de equidad” en un reciente trabajo de investigación. La pregunta es cuanto más se soportará el agrandamiento de la brecha. Cuanto es el costo humano que se deslizará por sus bordes. Los pobres son los olvidados del mundo moderno.

Dice Herbert Marcuse: “La base biológica de los valores estéticos, la belleza, la serenidad, el descanso, la armonía son necesidades orgánicas del hombre cuya represión y administración mutilan el organismo y activan la agresión”.

Dijo Juan Pablo II: “Un peso en la mano de un rico no tiene el mismo valor que en la mano del pobre”. Ratificando la frase se podría decir: Un peso en la mano de un rico es una pequeña propina y en la mano de un pobre, es un kilo de pan.

SUPERVIVENCIA

Organismos y gobiernos hacen pie solamente en reducir la mortalidad y no hay gran interés en socorrer al sobreviviente (destaca Myers). La pregunta de Myers es qué pasa con los niños que sobreviven. (4)

La supervivencia va ligada al crecimiento y desarrollo. Sobrevivir es no morir y el niño en el mundo pasa esta etapa tratando de no morir cuando en realidad debe crecer y desarrollarse. Vivir es un proceso que no solo engloba la supervivencia sino accede al bienestar biopsicosocial. Dice Myers: “*los niños de familias pobres son aventajados por su falta de predisposición en las escuelas y esa diferencia puede no desaparecer jamás*”. Carol Bellamy (UNICEF) denuncia que en el mundo, 650.000.000 de niños sobreviven con menos de un dólar por día.

CULTURA

Este capítulo contiene la responsabilidad no asumida de los pueblos y no priorizada por los gobiernos, y básicamente problemas sanitarios, económicos y políticos.

La cultura es generadora de lo bueno y responsable de lo adverso en una población. Afecta a lo existente y condiciona a lo que sigue.

Mientras la cultura avanza por mecanismos societarios, la tecnología lo hace por grupos pequeño, sostenidos por instituciones comerciales raramente filantrópicas. Hoy la investigación básica biológica y farmacológica se practica y se solventa para la comercialización de sus investigaciones.

Monsivais decía: *“la cultura es una acepción antropológica de modo de vida, ambiente y un proceso integrador”*.

Desde el fondo de la historia el hombre primitivo discurre nómada por la tierra, cazando y deambulando en busca de alimentos, descubre el fuego que lo incita a una agrupación de individuos que marchaban juntos hasta que el nacimiento de la agricultura le abre otro estilo de vida. Debe así quietarse para cosechar lo plantado. Se ve obligado a la integración societaria, define jerarquías, posiciones, etc. Plantea los primeros movimientos culturales.

La cultura ancestral se basa y se acrecienta en los estilos de vida, el ambiente modela sus ambiciones, traza su futuro y concluyendo con Mosivais con un proceso integrador que definirá cada etapa histórica.

El ser primitivo ha depositado en sus descendientes su carga genética y la cultura generadora a través de los siglos le ha permitido elevar las pirámides, definir leyes biológicas y físicas, moverse en espacio y cerrar hasta hoy el círculo Cromagnon, Homo Sapiens, Sapiens Sapiens y entrar al tercer milenio con la vista puesta en el hombre Sapiens espacial.

La cultura de un pueblo frente a la problemática de un embarazo se puede ejemplificar recordando que la mortalidad materna es significativamente mayor en la mujer analfabeta, privada de toda información y carente de la capacidad de discernimiento frente a los acontecimientos en la evolución del sistema biológica del embarazo.

Mario Moreno: *“si los pueblos no se ilustran, si no se vulgarizan sus derechos, si el hombre no conoce lo que vale, lo que puede y debe, nuevas ilusiones sucederán a las antiguas y después de vacilar algún tiempo entre mil incertidumbres, será tal vez nuestra suerte mudar de tiranos, sin destruir la tiranía”*. Parafraseando a Moreno, si la población acuciada por su aumento numérico, alteración del ambiente y la pobreza, vive la tiranía de la mala distribución de bienes y la falta de equidad, en advenimiento de los movimientos económicos de la globalización se presenta falsamente como una solución para los pobres (mayor trabajo menor pago). Simplemente con Mariano Moreno *“se cambia de tirano sin destruir la tiranía”*.

Las variables – turbulencias agitan el proceso normal y al efector de salud no debe bastarle para el diagnóstico del examen físico, las mediaciones corporales, laboratorios, ecografías, etc., sino incorporar al diagnóstico esta investigación libre de tecnología como son las adversidades que acompañan el embarazo y que no están contenidas ni expresadas en los líquidos corporales, ni en los gráficos computarizados de los medios de diagnóstico electrónicos.

ATENCIÓN PRENATAL

La atención prenatal comienza con el principio de la gestación. Las variables descriptas en el enfoque sistémico del embarazo condicionan su evolución y en la práctica se inician las acciones de prevención.

En relación con la atención prenatal tanto Raimondi como Orgaz señalaron que el no presentarse convenientemente la embarazada en los términos prefijados pasa a formar parte del alto riesgo obstétrico (A.R.O.) menos de cinco consultas en el embarazo. Hoy esto es de rutina pero no es infrecuente que no figure en la historia clínica lo que priva de información a quien la consulta.

Parecería sin embargo que el hecho calendario de la falta de concurrencia a la consulta abarcará y limitará la situación de emergencia. Medir el riesgo de esta forma no analiza la problemática de las variables que influyen sobre la evolución del embarazo desde el principio de la gestación hasta el nacimiento. (5)(6)

Un reconocimiento de estos antecedentes facilitará la interpretación y valoración de riesgo existente y potenciales ocultos. Este riesgo potencial no previsto fue objeto de una investigación

prospectiva de Jacobson y Bydeman (Karolinska, noviembre 1998) quien concluye que la vinculación del trauma del nacimiento, los nuevos procedimientos obstétricos y la atención prenatal incorrecta, estarían asociados al suicidio en el adolescente y el adulto.

En la práctica del parto, la urgencia y casi descontrol anímico ante la inminencia del mismo obliga al médico actuante abocarse a la situación primordial. Esto no excluye el resto de equipo quien esta obligado a establecer la multicausalidad que acompaña a la cuantificación del riesgo.

AFECCIONES

En síntesis se podría decir, que hay dos tipos de afecciones: las claramente manifiestas con todo su cortejo sintomático y que llena al hospital con casos patológicos avanzados, deterioro físico del paciente y deterioro psicosocial de la familia y las otras, incipientes, que son las que permiten a menor costo y mayor efectividad el control y seguimiento en domicilio donde al enfermo este rodeado por el afecto de la familia, que el hospital razonablemente no puede brindar.

La clave de su detección precoz esta en la formación del médico de familia que actúa en el área programática. Tal como lo propuso el profesor Vicente Mazzafero en el Hospital Ramos Mejía en el año 1971.

El médico de la familia está en la comunidad, conoce a la gente y la gente confía en él, no tiene que buscarlo en los hospitales, donde la consulta a menudo se realizan en los pasillos caminando a su lado, o esperando en los consultorios externos con un turno logrado en la madrugada. Todo en un medio extraño, compartiendo angustias. El médico de la familia lo asiste en su casa, en su medio y sentado, frente a frente, hablando de lo que es común a los dos: sus padecimientos. El paciente encuentra la comprensión y el dialogo que le es tal necesario como la medicación. En el hospital se cierra el dialogo dejando casi siempre dudas que crecerán en la medida que le fueron creadas en la consulta cronometrada por la presión de los pacientes que esperan.

El médico de familia, en la filosofía de la Cátedra de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires es un observador calificado, que pasa a conocer el problema, observa y escucha, tiene su mente preparada médica y socialmente para la detección de las enfermedades trazadoras (Kessmer) en el paciente y el grupo familiar. Estas afecciones son progresivas y prevalentes, o incapacitantes en su desarrollo, y así mismo fáciles de conducir en los períodos prodrómicos (TBC, Chagas, Diabetes, etc.). Asimismo la búsqueda de “tendencias facilitadoras”, de estallidos traumáticos para la familia, como la violencia, el abandono, alcoholismo, adultez precoz del niño, adolescencia frustrada, etc. Al estar presentes en la historia biosocial de la familia, se crea un peligroso riesgo potencial.

Se trata de cubrir esa posibilidad con la categorización del fenómeno social a fin de determinar la estrategia para el acceso al problema.

Gospol, médico descalzo de la China observó que la esterilidad que encontraba en la gente a su cargo, había un factor común: eran cosechadores de algodón. Dio la pauta para encontrar la causa en la semilla del algodón, una afección oculta controlada por una simple observación.

Hoy conocer al paciente, su entorno y su estilo de vida le permitirá salir al paso en las enfermedades reemergentes

Queda el supuesto de la prevención y educación a la comunidad dado que el HIV es la enfermedad social que nos ha dejado el siglo XX, conjuntamente con el stress, la droga, la pobreza y la violencia.

FORMACIÓN DE PERSONAL

El servicio perinatólogico depende de una formación especial que no es la diversidad de cursos que se necesitan para formar expertos en un sentido determinado.

El objetivo primordial de la formación de personal esta dirigido a la integración ideológica de sus funciones y a una filosofía humana de trabajo que a la larga beneficia tanto a los que la imparten como a los usuarios. (7)

Los integrantes del equipo perinatólogico, aparte de la formación específica en sus respectivas especialidades (obstetricia, neonatología, anestesiología, enfermería, sociología, administración, etc.)

deben ser formados en un plan integrador y rector perinatólogo. De no ser así se atomizan los resultados. Todo consiste en seguir el camino que tengan en común los componentes del grupo perinatólogo. (8)

Lao – Tse (700 a.C) decía: “*construir con lo que la gente tiene*”. Así no se violentan principios, actitudes, se limitan competencias y es más fácil elaborar entre todos un plan integral de formación de personal.

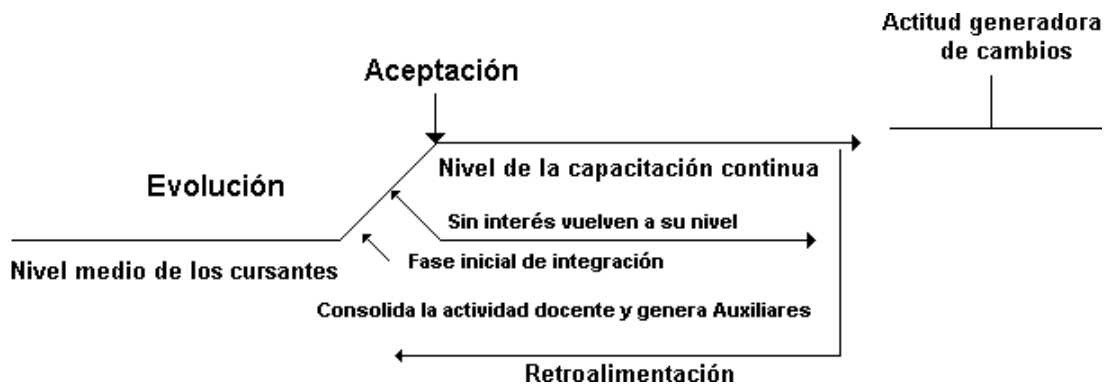
El adiestramiento debe ser activo, participativo y continuo. El personal en formación aprende con frecuencia más entre si que con el docente. Los temas deben tener información que interesen a todo el grupo neonatólogo, con contenido práctico que genere su utilización pronta en el nivel en que se desempeña el Servicio Perinatólogo. En el proceso de retroalimentación nosotros hemos logrado sucesos significativos invitando a reuniones periódicas a otros servicios con temas convenidos de discusión. Estas reuniones jerarquizan al servicio, que organiza el curso y genera un nivel parejo en la asistencia comunitaria.

Se sugiere no hacerlo académico por su escaso contenido práctico.

Este esquema, Ligeramente modificado no solo señala como se desarrolla un curso de capacitación sino que da la pauta de la evaluación continua. Si esta no se realiza constantemente se transforma en académico y los integrantes del mismo perderán el interés práctico. La motivación es una ida y vuelta para la docencia tanto válida para el educando como para el educador.

El entusiasmo del aprendizaje depende de la dedicación apasionada del disertante. La motivación del educando será facilitada por factores internos y pensamientos propios no expresados con anterioridad.

Esto lo impulsara a un cambio de actitud de proyectos y de mayor integración que en suma transformara al grupo en generador de cambios importantes, adquiridos y consolidados por la discusión abierta con sus pares y docentes.



ROLES

Es indispensable desarrollar en los integrantes de un servicio asistencial el sentimiento de pertenencia y de importancia que cada cual representa dentro de una función integrada.

De esta forma, el resto del personal depende de la función que fue indicada individualmente dentro de la direccionalidad impresa al proyecto de trabajo.

El responsable principal, en el rol de conductor, distribuye tareas (roles) que al ser aceptadas contienen dos hechos fundamentales: el primero, responsabilidad sobre un área de asistencia y el segundo, compartir y difundir en el grupo la experiencia que surge del conocimiento de los demás.

Única forma de que su experiencia no se transforme en un error sistemáticamente repetido.

La conjunción permanente y sostenida de la tarea en grupo enriquece a sus integrantes, diluye la competencia y los acerca socialmente generando una amistad respetuosa que permite estar cómodo en el trabajo diario y aumenta el sentido de pertenencia.

En el organigrama que sigue el Jefe de Servicio, se establecen nudos en su red de asistencia que darán confiabilidad a sus ejecutores, puesto que no serán puntos aislados, sino componente anímica y socialmente integrados que conocen y aceptan a los demás y sienten que los demás lo aceptan y dependen, en alguna forma, de su opinión y conocimiento.

El Jefe de Servicio no tiene que saber todo sino lograr un servicio en que la sumatoria del conocimiento de sus componentes mejoren la calidad de la atención en forma dinámica y permanentemente al sector de la población a su cargo.

Esquema docencia: Debe enseñar con el ejemplo.

MEDICINA NEONATOLÓGICA

La neonatología ha evolucionado en forma vertiginosa de la mano de los nuevos conocimientos fisiopatológicos y ha convocado para su desarrollo a diversas especialidades y le confiere a la vieja neonatología básica una complejidad insospechada para quienes hemos transitado la sala de partos en otras épocas.

La complejidad aludida crea a su vez la necesidad de adecuar la direccionalidad de las acciones dado que se trata de distintas modalidades y grupos con formación diferentes y así evitar de esta manera una especie de rompecabezas en el recién nacido de alto riesgo.

La medicina perinatólogica nace apoyada en los hechos y crecerá por gravitación propia y fundamentalmente cuando el medico acepte ser integrante de un equipo multidisciplinario

Bibliografía

- 1) Salud perinatal C.L.A.P.
- 2) Mercau Maltrato desde la preconcepción a la mujer
- 3) Epidemiología de la desigualdad
- 4) Myers Los doce que sobreviven
- 5) Suárez Ojeda N. El Enfoque de riesgo en la Atención Perinatal y Materno Infantil OPS
- 6) Alto Riesgo Obstétrico Salud reproductiva en las Américas
- 7) Roamer-Fulop Formación de personal
- 8) Mercau Formación de personal en el C.L.A.P