

Los niños Recién Nacidos prematuros: nuevos actores sociales

Lic. María Aurelia González^a

La cultura es una fuente incesante de producción de artefactos y tecnologías, que se apoyan en saberes y prácticas diversas. Las artes y las ciencias, tienen un lugar de privilegio y en su vertiginoso avance, obligan a repensar el marco en el cual muchos de sus logros tienen lugar.

En el transcurso de estos ochenta años los avances científicos y el apoyo tecnológico acontecidos en el área de la Perinatología,* han permitido notables alcances en la recuperación de niños recién nacidos pretérmino, es decir menores a 37 semanas de edad gestacional, según definición de OMS, y aún en aquellos muy vulnerables, sumamente prematuros con peso de nacimiento inferior a 1500 g. Las estadísticas sanitarias tanto mundiales como nacionales, reflejan el modo en que esta recuperación ha ido extendiendo el "...límite de lo posible...".**¹¹⁻¹³ El salto obtenido en el logro de la sobrevivencia ha traído aparejadas nuevas demandas asistenciales, tanto de las familias de los pacientes como del equipo salud que interviene. De acuerdo al grado de inmadurez que presenten, los niños prematuros requieren asistencia médica y de enfermería muy específica, soporte respiratorio, incubadoras especiales y formas de alimentación alternativas a la lactancia hasta tanto evolucionen.

La prematurez es en la actualidad un problema de salud pública, que representa la más frecuente causa de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y una de las principales razones de mortalidad infantil (UNICEF, 2011, 2013).

Así es como los niños prematuros son testimonio de la modernidad, y han debido generar su propio espacio de consideración subjetiva, asistencial y social. A partir de la llegada y el sostén exitoso de la mayoría de estos nacimientos, comienzan a identificarse las necesidades afectivas del nuevo

paciente y su entorno familiar.

Desde mediados de los '60 a la actualidad, la "sobrevivencia" de niños extremadamente inmaduros, ha alcanzado límites sorprendentes. Estos logros desafiaron las acciones asistenciales tradicionales, en las que se habilitaba únicamente la presencia y las acciones de los miembros del equipo de salud, y donde el rol de la familia era postergado hasta el momento del alta.

Las hospitalizaciones prolongadas muestran su lado más tóxico cuando las mismas acontecen desde el comienzo de la vida. El ser humano es reconocido desde diversas disciplinas como el más inmaduro de los seres vivos, aun cuando su nacimiento acontezca en el plazo esperado. Este carácter de vulnerabilidad innata, describe al cachorro humano como poseedor de una dependencia extrema de otros para lograr satisfacer las más básicas necesidades vitales. Ese requerimiento del otro, se mantendrá con matices y plasticidades durante los primeros años de vida, sostenido por el cuidado y el apego de sus padres o cuidadores, escalón inicial en el camino de una vida satisfactoria.^{6,9,14}

El cuerpo humano es mucho más que el organismo, es producto del entrecruzamiento del territorio de lo biológico y el trazado de circuitos de placer y displacer, sobre los cuales se irán construyendo las bases del psiquismo infantil. Este recorrido obligado permite más adelante, la atribución de un cuerpo propio y de una identidad. El trazado comienza desde los primeros contactos con la madre y el padre, luego de la separación que implica la realidad anatómica del nacimiento. Sus vectores son el lenguaje y el contacto físico, que

a. Psicóloga, Psicoanalista. Miembro del Servicio de Salud Mental del Hospital Mat. Infantil "Ramón Sardá", CABA. Coordinadora del equipo de S. Mental en UCIN. Posgrado en Política y Gestión en Salud Mental. UBA. Maestría en Antropología Social y Política. FLACSO.

* Definición de Perinatología: Es aquella especialidad que abarca en su estudio, prácticamente desde el momento de la concepción hasta el día 28 de vida del recién nacido. Es una nueva especialidad integrada en forma interdisciplinaria por tocoginecólogos, obstetras, neonatólogos, pediatras, cirujanos infantiles, psicólogos, psiquiatras, genetistas, embriólogos, toxicólogos, antropólogos y asistentes sociales. Red de Perinatología del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, año 2007.

** Larguía, Miguel. Manejos Integrales en Neonatología. Buenos Aires: Ergon, 1986.

acompañan y establecen significados para el llanto del bebé, la acción de alimentar o el momento del sueño. En el caso de los niños que nacen prematuramente, estos cuidados personalizados, pasan a menudo a segundo plano dada la urgencia de la asistencia médica y la labilidad que les es característica. Sin embargo, no dejan de ser cuidados tan urgentes y necesarios como las prácticas médicas y la asistencia tecnológica que se les brinda. No es suficiente ni aconsejable poner en suspenso toda esta dialéctica de comunicación afectiva que implica la entrada al mundo de toda persona hasta la etapa de superación de los riesgos orgánicos. El desafío consiste en contemplar en continuo diálogo, la mejor oferta en cuidados intensivos con los cuidados personalizados de parte del equipo de salud y fundamentalmente, de su familia.

Los médicos neonatólogos y equipos interdisciplinarios, centran actualmente su interés por evitar el extremo estrés al que quedan expuestos los niños internados en UCIN***. La disminución de los efectos indeseados como la luz, el sonido, el impacto del dolor sobre el neurodesarrollo han sido los pasos previos en la condición de “hacer visible” a este niño que por su condición no puede reclamar en primera persona. La inclusión de sus familiares directos, ha demostrado con el correr del tiempo, ser uno de los factores protectores más importantes durante el período de internación, que ayuda además a atenuar la angustia de los padres ante la separación precoz.

Sin embargo, esta estrategia, debió sortear numerosos obstáculos, algunos de los cuales aún persisten.

Se le atribuye a René Spitz (1945), a partir de su trabajo con niños asilados como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, la observación y conclusión de que la recuperación de un niño hospitalizado es significativamente mejor cuando las demandas vitales y los cuidados técnicos son acompañados además de cuidados afectivos y subjetivantes, en definitiva aquellos que pueden proveer los padres o familiares.

En Argentina, en la década de 1950, el Dr. Florencio Escardó, en coincidencia con dichos antecedentes, generó un cambio radical en la cultura hospitalaria, al impulsar la presencia y compañía de las madres junto a los pacientes pediátricos internados en el Hospital de Niños R. Gutiérrez. Más adelante, el Dr. A. Miguel Larguía y equipo, herederos de esa tradición, trasladaron este modelo a las prácticas de la novedosa especialidad Neonatología en la Maternidad Sardá, permitiendo y alentando tanto la presencia como la activa participación de los padres de niños prematuros, durante la internación en terapia intensiva y hasta el momento del alta. La invención del dispositivo de Residencia Hospitalaria para Madres, primera en el país con más de tres décadas de existencia, resultó la estrategia facilitadora para la permanencia de las madres en la institución y un valioso aporte para el estímulo y sostén de la lactancia en este grupo de pacientes. Los doctores Marshall H. Klaus (pediatra y neonatólogo) y John Kennell (pediatra y psicoanalista), fueron los precursores del concepto de “bonding” en 1972. Ellos

subrayaron la importancia de facilitar el apego entre la madre y su hijo, aún en situaciones especiales como la prematuridad, de modo de potenciar los beneficios de ese período altamente sensible, que entendieron da origen a lazos afectivos entre madre-hijo, desarrollan interacciones complejas y permite una unión permanente entre ellos. Klaus y Kennell conocieron la experiencia argentina en la Maternidad Sardá en la década del ochenta, y alentaron a reproducir sus estrategias,⁹ entendiendo ese contacto primario como factor estimulante y protector para un desarrollo ulterior óptimo en el niño.

Todos estos antecedentes han sido inspiradores del modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, que ha comenzado a diseminarse desde la Maternidad Sardá hacia el resto de las instituciones, y cuyo objetivo general propone la síntesis entre cuidados altamente especializados basados en prácticas que garanticen la seguridad de las mujeres madres y sus hijos, y el enfoque de derechos que asiste a los mismos, en el contexto de sus grupos familiares.

En año 2009, UNICEF Argentina inicia una campaña con el objetivo de hacer visibles los derechos de los Niños prematuros en Argentina y basados en los Derechos del Niño Hospitalizado (año 2004).¹⁵ En esta enumeración de recomendaciones el derecho Número 9,¹⁶ hace explícita referencia al derecho de todo niño recién nacido prematuro a ser acompañado por su familia todo el tiempo. Para que el mismo alcance un cumplimiento cada vez más satisfactorio, la sensibilización debe ocurrir hacia el interior de las unidades especializadas, tanto como a responsables de conducción y la comunidad misma.

Los padres no son visita cuando de la internación de un hijo se trata. Existe un número importante de acciones que ellos pueden llevar adelante de modo activo, en el acompañamiento y en el proceso de recuperación de sus hijos.

El cuidado tradicionalmente asignado de modo exclusivo a las madres, incluye también a los padres y demás familiares que cumplan con las funciones parentales, independientemente de su condición de progenitores.

Mientras el niño permanece internado en la unidad de cuidados intensivos, los padres y familiares son capaces de establecer contacto físico con ellos, contribuyendo a calmarlos y organizarlos luego de procedimientos dolorosos.

Al hablarles y cantarles, establecen los mecanismos básicos, pre verbales, sustentados en los aspectos analógicos del lenguaje, previo a la entrada al mundo de lo simbólico verbal****.⁸

****UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

****“Todo niño recién nacido necesita, sentir y vivir profundamente que el lenguaje del otro (singularmente de la madre) lo toca y lo afecta y que ella está a su vez afectada por sus primeras emisiones vocales”... (Golse, 1991).

Los padres dentro de la UCIN realizan Contacto Piel a Piel (CoPaP), técnica supervisada por el equipo de salud, que facilita la salida transitoria del RN de la incubadora, colocado directamente sobre la piel de su madre/padre. Su implementación ha permitido evidenciar numerosos beneficios a corto y largo plazo para el niño/a, a saber: mejor regulación térmica sin aumentar el consumo de oxígeno, menos pausas respiratorias, estabilidad de la frecuencia cardíaca, mejor succión deglución, menor riesgo de infecciones, mayor ganancia de peso post alta y mayor madurez motora, orientación y organización de estados neurológicos y de conciencia.^{2,4} Presenta además un gran beneficio asociado, como es el estímulo y sostén de la lactancia, aporte vital teniendo en cuenta la condición de vulnerabilidad que presenta la población de prematuros y especialmente los de muy bajo peso al nacer, a la vez que colabora en la reducción de estrés y disminución de la depresión puerperal materna.

Participan además en la alimentación por gavage, hasta tanto el niño sea capaz de succionar por sí mismo. Ambas prácticas son referidas por las familias como altamente gratificantes ya que los resitúan en el rol de cuidadores primarios de sus propios hijos.

La familia ampliada es incluida, de manera programada y con el acompañamiento del equipo de salud. Los relatos de abuelos y hermanos, darán testimonio al resto de la comunidad de la presencia del niño, participando en el proceso de construcción de toda identidad que requiere de la inclusión en una genealogía a la vez que ofrece el sostén necesario a la pareja parental.

Estas intervenciones se originan y desarrollan en la Maternidad Sardá hace décadas y son modelo de replicación. Sin embargo, a pesar de las evidencias y de la amplia legislación existente,^{17,19} persisten en la actualidad barreras y resistencias que atentan contra el cumplimiento de un derecho reconocido como básico. Ciertas limitaciones edilicias, el temor a las infecciones convertido en prejuicio y la visión de los padres y familiares como auditores o vigiladores, ha impedido que en muchas instituciones de salud la familia sea entendida como un factor que suma a la calidad de atención del paciente prematuro.

Las áreas de alta complejidad neonatal convocan una dinámica interdisciplinaria para el abordaje de estos obstáculos, intentado mejorar la asistencia para el niño y su grupo familiar. Estas acciones cooperan al mismo tiempo, para la superación de una falsa antinomia, la tecnología de última generación y los avances científicos no se contraponen a los cuidados personalizados y subjetivantes. Por el contrario, representan distintos aspectos del abordaje de un niño en condiciones de vulnerabilidad.

Para finalizar, retomamos a modo de reflexión, las observaciones de la antropóloga D. Fassin sobre la salud y su dimensión social. "La ciencia en su avance, determina transformaciones de las representaciones y de las prácticas, ... será necesario estar atentos a las múltiples manifestaciones de las

relaciones de poder en lo más profundo del ser humano, en las diferencias de esperanza de vida y en los dispositivos de protección y de asistencia social desplegados por una sociedad". Los niños y niñas prematuros han ganado su espacio y sus derechos en el escenario social y sanitario de la actualidad.

Bibliografía

1. Aries P, Duby G. Historia de la Vida Privada. Francia: Tomo IV. Taurus, 1993.
2. Brundi M, González MA, Enríquez D, Larguía AM. Contacto Piel a Piel madre/hijo prematuro. Conocimientos y dificultades para su implementación. Buenos Aires: Revista del Hospital Mat Inf R Sardá, 2006.
3. Cogliandro G. El compromiso de Unicef con la salud de las madres. El modelo de maternidades seguras y centradas en la familia. Boletín Observatorio de la maternidad.13web.pdf. Octubre 2011.
4. Charpak N. Vida piel a piel. *Saludarte* 2002; 5:30-33.
5. Fassin D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. *Revista Colombiana de Antropología*. 2004.40.
6. Freud S. Introducción al Narcisismo. Obras Completas. Tomo XIV. Ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
7. Fundación Neonatológica A. Miguel Larguía. Guía para la transformación de maternidades convencionales en maternidades centradas en la familia. *Funlarga*.2006.www.funlarga.org.ar/Herramientas/Guia-para-la-transformar-maternidades-tradicionales-en-maternidades-centradas-en-la-familia
8. Golse B. La emergencia del lenguaje y la metáfora de la araña Traducción. Lic. Woscoboinik N. Comunicación personal. 1991.
9. Klaus M, Kennell JH. La relación Madre Hijo. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 1994.
10. Larguía AM y col. Guía para padres de prematuros. 2008. *Funlarga*. www.funlarga.org.ar/herramientas/lectura-para-padres
11. Secretaría de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2013). www.msal.gov.ar
12. SIP. Sistema Informático Perinatal. División Estadísticas Hosp. M. I. R. Sardá. (2013).www.sarda.org.ar
13. Society of Pediatric Research. (2014). USA. www.spr.org.us
14. Spitz R. Hospitalism: An inquiry into the génesis of psychiatric conditions in early childhood. New York: International. University Press, 1945.
15. Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF. Derechos del Niño Hospitalizado. 1994.
16. Unicef. Decálogo del Prematuro. Semana del Prematuro 2010. Disponible en <http://www.unicef.org/argentina/spanish/Decalogo.pdf>
17. Unicef. Derechos de los recién nacidos prematuros. Semana del prematuro 2011. [//www.unicef.org/argentina/spanish/Derecho9](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Derecho9).
18. Maternidades Seguras Centradas en la Familia. UNICEF, 2011. www.unicef.org/argentina/spanish/guiaMSCF.pdf.
19. Ministerio de Salud de la Nación. Ley del Parto Respetado 25.929. Año 2004. http://www.msal.gov.ar/vamosacrecer/index.php?option=com_content&view=article&id=390:ley-nacional-no-25929-ley-de-parto-humanizado&catid=279:nc-derecho-de-los-padres-durante-el-nacimiento&Itemid=225