

Humanización en unidades neonatales

(Humanisation in units for the newborn)

Castro Laiz, Carolina de

Hospital de Cruces. Unidad Neonatal. Plaza de Cruces, s/n. 48903 Baracaldo

BIBLID [1577-8533 (2003), 5; 57-66]

Recep.: 25.02.02

Acep.: 10.07.02

El tratamiento eficaz y eficiente de los Recién Nacidos ingresados en las Unidades Neonatales debe llevarse a cabo en un ambiente que favorezca su desarrollo. Evitaremos el dolor y el sobreestímulo sensorial: táctil, visual y auditivo y tendremos especial cuidado en facilitar la lactancia materna y favorecer el vínculo del Recién Nacido con sus padres.

Palabras Clave: Cuidados. Recién Nacido.

Jaioberrien Unitateetan sartzen dituen haur jaioberrien tratamendu egokia eta eraginkorra izango bada, horien garapena lagunduko duten giroan burutu beharko dugu. Oinazea eta zentzumenen gainestimulua –uki-men, ikusmen eta entzumenezkoa– saihestuko ditugu, eta amak bular ematea bideratu eta jaio berriaren gurasoekiko lotura faboratuko ditugu arreta bereziz.

Giltza-hitzak: Zainketak. Jaioberria.

Le traitement efficace des Nouveaux Nés hospitalisés dans les Unités Néonatales doit être réalisé dans une ambiance qui favorise son déroulement. Nous éviterons la douleur et l'excès de stimulus sensoriel: tactile, visuel et auditif et nous faciliterons spécialement l'allaitement maternel et avantagerons le lien du Nouveau Né avec ses parents.

Mots Clés: Soins. Nouveau-né.

Los profesionales que trabajamos en las Unidades Neonatales (UN), cuidamos de la salud de los Recién Nacidos (RN) enfermos y/o inmaduros. Para tratarlos correctamente es imprescindible la buena práctica médica. Es obvia la necesidad de utilizar los conocimientos científicos actualizados con controles de calidad de eficacia y eficiencia de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

La consideración de la calidad de vida futura, con la incertidumbre que acompaña a veces al pronóstico de algunos pacientes, hace que la toma de decisiones sea, en ocasiones, estresante para padres y profesionales. Conocer y aplicar los conocimientos de ética clínica nos ayudará a tomar siempre la decisión en mayor beneficio del niño.

Pero no sólo debemos curar al niño; estamos obligados a cuidarle durante su estancia en la UN, que será lo más corta posible. Trataremos de que ésta sea confortable y protectora.

Su vida se desarrollará en su familia, cuidado y querido por sus padres y las personas de su entorno. Debemos por ello, prestar atención a la relación con ellos. Las circunstancias especiales que siguen al nacimiento de un hijo enfermo, suponen una crisis para los padres; acompañarles, si lo desean, en la supe-
ración de la misma, facilitará el establecimiento de su vínculo con el RN.

Es de gran importancia, contar con personal entrenado y motivado para el cuidado de los neonatos, puesto que existen dificultades especiales para su cuidado, como son:

- Frecuente introducción de nuevas modalidades de tratamiento
- Ausencia de comunicación verbal con el paciente RN
- Estrecho margen entre las respuestas favorables y adversas al tratamiento
- Falta de respuestas específicas a causa de la inmadurez de los órganos en desarrollo
- Extrema vulnerabilidad, en particular en los niños muy prematuros o muy enfermos

Proporcionaremos a los niños la *MAYOR COMODIDAD* posible fijándonos en los siguientes aspectos:

- Sensación táctil, que incluirá presión, postura y manejo, con especial atención al dolor
- Visión: evitar los exagerados estímulos luminosos
- Audición: atención al ruido excesivo
- Promoción de la relación con sus padres

SISTEMA TÁCTIL

Incluye las sensaciones de presión, dolor y temperatura.

El feto se encuentra en el útero, en un ambiente termoneutral, rodeado de líquido, y sólo con los movimientos propios y la escasa repercusión de los movimientos maternos; se mantiene en flexión, protegido de la luz y el ruido excesivo.

Cuando nace, en el caso de que por enfermedad o inmadurez deba ingresar en la UN se le coloca desnudo o casi desnudo, sobre una superficie dura, sometido a luz y ruido excesivo y frecuentemente a estímulos dolorosos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Se han comunicado acciones sobre los RN ingresados en Cuidados Intensivos hasta más de 100 veces/día la mayoría molestos o al menos capaces de alterar su descanso. En los últimos años se han establecido protocolos de mínimo manejo, con concentración de procedimientos, siempre individualizados y valorando cada paciente con observación de las respuestas de conducta y fisiológicas al comienzo, durante y al final de la intervención. Se debe evitar el manejo innecesario y facilitar el sueño y el descanso.

La posición física del niño es parte de su estimulación táctil y vestibular.

Los estudios demuestran que el RN enfermo en decúbito prono mejora la oxigenación y se facilita el reposo. La postura en flexión es muy importante para el desarrollo del niño, en particular en los niños inmaduros que deben colocarse en decúbito prono, en flexión y rodeados de nidos o suaves barreras que contribuyen a mantenerles en la postura adecuada y a proporcionarles seguridad y confort.

Se están estudiando los efectos de cunas de agua para evitar las superficies duras y de estímulos kinestésicos adecuados a través de ejercicios pasivos.

DOLOR

El dolor se define por la Asociación Internacional para el estudio del dolor como experiencia sensitiva y emocional desagradable relacionada con daño tisular real o potencial.

A pesar del amplio uso de analgesia y sedación en el adulto hasta recientemente no se ha utilizado prácticamente la analgesia y sedación sistémica en neonato. Probablemente esto era debido a la creencia de que el RN era inmaduro para percibir el dolor, y desde luego a la imposibilidad de comunicación verbal con el RN.

Ya en el feto de 16-18 semanas se pueden observar cambios en la FC al ser sometidos a procedimientos diagnósticos dolorosos. En la 20 semana los nociceptores han cubierto la piel y mucosas y a la 24-26 semanas hay madurez anatómica y funcional para sentir dolor.

Las circunstancias en que con mas frecuencia se produce dolor son: cirugía, enfermedades como ECN, hipertensión intracraneal, y procedimientos diagnóstico-terapéuticos y manejo inadecuado:

- Respuestas al dolor. De tres órdenes: conductual, cardiorrespiratorias y metabólicas
- Conductual: Llanto, más frecuente de comienzo repentino, no siempre indica dolor. Expresión facial. Movimientos corporales, como flexión de extremidades, tensión muscular...
- Cardiorrespiratorios: FC>, TA>, Sat O2<
- Metabólicas: aumenta la secreción de catecolaminas, glucagón, disminuye la insulina, aumenta la glucemia, incluso puede llegar a producirse acidosis metabólica

TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL RN

Disminuir en lo posible las actuaciones dolorosas: Concentrar las extracciones de muestras, por personal bien entrenado y sensibilizado para el dolor del niño.

Utilización de monitorización no invasiva. Acceso vascular, cuando sea necesario la toma de muestras repetidas.

Medidas de confort: necesarias, por que al ser el dolor también una experiencia emocional el stress del niño influye negativamente.

Disminuir los estímulos negativos como luz excesiva, ruido, manipulación inadecuada.

Proteger, proporcionar pacificadores, como el chupete, que aunque no disminuye el dolor, canaliza la ansiedad.

Para pequeños procedimientos el uso de sacarosa entre 12-50% 2 ml, está demostrado que disminuye el dolor, parece que en un efecto mediado por los opioides endógenos porque su efecto queda inhibido por el uso concomitante de naloxona.

Existe una escala de medicamentos que deben ser usados bajo control médico.

VISIÓN Y LUZ

El sistema visual es el último en desarrollarse y el más inmaduro al nacer.

El feto se encuentra en el útero en semipenumbra, con ligeras variaciones en la intensidad.

Luz: La cantidad de luz recomendada para los adultos en los lugares de trabajo es 500 luxes.

La intensidad de luz varía en las UN. Se ha medido, desde 220 luxes en Inglaterra, 620 en Australia y más de 1.000 en España. Las lámparas de fototerapia pueden alcanzar hasta 4.000 luxes, y la exposición a sol directo sumado a la luz artificial puede llegar a varios miles de luxes.

En la última medición en nuestra UN los valores hallados en distintos puntos durante el día han sido entre 230 y 563 luxes.

Aunque hay estudios en animales que demuestran daño retiniano con exposición prolongada a luz intensa, no se ha demostrado relación entre la exposición a la luz y el grado de Retinopatía del Prematuro.

Tampoco se observan cambios en frecuencia cardiaca, sat de O2, etc. según la cantidad de semipenumbra a la luz intensa.

Los estudios sobre el uso de luz ciclada, no son concluyentes pero parece mejorar el reposo del neonato, lo que le permitiría mayor confort y menor consumo de energía por el paciente.

Un valor añadido del control de la intensidad de luz en las unidades neonatales, es la disminución de la intensidad de ruido, que se ha observado que acompaña a la disminución de intensidad de luz.

Recomendaciones actuales sobre el nivel de luz

- Mantener 600 luxes para observación habitual y 1.000 luxes para procedimientos (preferentemente luz individualizada)
- Bajar la intensidad de la luz en los periodos nocturnos
- Apagar las luces que no se están usando
- Tapar los ojos de los RN sólo para el uso de fototerapia que debe estar cubierta lateralmente para proteger a los otros niños.
- Evitar la luz del sol directo con el uso de cortinas o persianas.
- Utilizar luces de encendido progresivo para evitar el paso brusco de semioscuridad a luz intensa
- Los niños estables utilizando monitorización y con criterio individualizado cubrir la incubadora con una manta que se retirará cuando el niño es visitado por sus padres
- La individualización de cuidados es lo mas apropiado, también en lo que se refiere a la intensidad de luz

RUIDO

Los sonidos que llegan al feto son los rítmicos producidos por el cuerpo materno.

En una casa normal el niño está sometido aproximadamente a 40 db. El sistema de Salud en EEUU considera en seguridad laboral 90 db como el valor tope seguro en adultos; no se ha determinado la cifra segura para niños.

Los niveles de ruido en las UN, son una fuente mayor de stress para los RN ingresados. Se han medido en UN entre 50-90 db, comparables a tráfico ligero y maquinaria ligera respectivamente. En ocasiones puntuales se ha medido hasta 120 db.

En nuestra UN las últimas medidas han oscilado entre 58 y 67 db, en distintos puntos y horarios, siempre medidos en horario de mañana.

La AAP recomienda que no exceda de 50 db (LEQ), 55 db (L10) y 70db (L1).

El ruido en las UN es generado por el equipo, monitores, alarmas, respiradores, teléfonos, etc. Como segunda fuente está el ruido producido por el staff, conversaciones, risas, golpes inadvertidos, cierre de puertas, etc. Las incubadoras en que colocamos a los pequeños inmaduros, les proveen de poca protección, algo más si las tapamos con una mantita protectora, pero en el interior de las mismas, existe además el ruido de la propia incubadora, que puede ser tanto como 60 db.

Los niños ingresados en la UN, en particular los niños de muy bajo peso natal y los que padecen determinadas enfermedades, son de alto riesgo para el desarrollo de diferentes grados de pérdida de audición. Hasta que punto el excesivo ruido que padecen en las UN es un factor que contribuye a esto, es algo aún por determinar, pero estudios en animales, han demostrado efectos sumatorios del ruido al uso de fármacos ototóxicos en los animales muy inmaduros.

Las recomendaciones en el momento actual podrían ser:

- El nivel de ruido en la incubadora nunca debería pasar de 60 db
- Las conversaciones del staff deberían tener lugar fuera del área de hospitalización
- Las alarmas mantenidas tan bajas como sea posible o reemplazadas por alarmas luminosas. Los teléfonos y campanas fuera del área de cuidados
- Atención al ruido que producen los aparatos para decidir su uso
- Cubrir las incubadoras con una mantita cuando sea posible
- En general considerar el ruido como una fuente de stress para el RN y monitorizar periódicamente.

FACILIDAD PARA LA LACTANCIA MATERNA

Una mayoría de madres ha decidido durante el embarazo lactar a sus hijos. Las ventajas de este tipo de nutrición para sus bebés y el derecho de lactar no debe chocar con las prácticas de la UN. Por el contrario, tendremos protocolos y

pautas escritas para la extracción y transporte de la leche materna cuando el bebé esté demasiado enfermo para tomar. Estaremos atentos para que inicie cuanto antes la alimentación al pecho.

Varios estudios avalan las ventajas de la succión no nutritiva, con el uso de pacificadores durante y fuera de la alimentación con gavage en particular en niños que tardan en iniciar la alimentación por boca.

Cuidados con método canguro. Consiste en colocar al bebé con sólo un pañal sobre la piel del pecho de su madre o padre. Las madres se sienten muy satisfechas y más competentes con respecto a sus niños, pero requiere de cierta estabilidad en el niño y se necesitan más datos antes de aplicarlo ampliamente entre los niños de menos de 32 semanas y/o con ventilación.

CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA

Los padres de los niños que ingresan en la UN, con frecuencia consideran este momento como uno de los más tensos de sus vidas. Durante el embarazo y aún antes, han imaginado un bebé perfecto y sano y en su lugar deben amar a un niño enfermo, con anomalías congénitas o demasiado inmaduro. Esto supone para ellos una grave crisis que deben superar.

Los padres deben estar informados del problema del niño en cuanto sea posible. Aunque lo ideal es informar a los dos padres a la vez, en la práctica con frecuencia se debe dar la primera información sólo al padre. El que se encuentra abrumado, se convierte en portador de las malas noticias y puede no ser capaz de trasladar la información a la madre. Debemos en esta primera entrevista, programar otra con ambos padres en cuánto sea posible.

La información se dará en un lugar privado, lo que les permitirá preguntar y expresar sus emociones si lo desean.

El lenguaje utilizado será claro y comprensible para los padres. La información será veraz y esto significa que muchas veces no tendremos la respuesta a todas las preguntas sobre el diagnóstico o pronóstico del niño; Expresada con sinceridad esta incertidumbre, inevitable en un momento dado, no interferirá en la relación con los padres, que entienden lo que explicamos claramente. Insistiremos no sólo en los aspectos negativos sino también en los positivos.

Aunque las primeras entrevistas son muy importantes para la comprensión y la aceptación del problema por los padres, durante la estancia en la UN, a veces excesivamente larga, la comunicación deberá ser programada y tan frecuente como sea necesaria.

No se puede asegurar en cada caso empatía con los padres del paciente, pero la experiencia demuestra, que la disponibilidad, la ausencia de prisa y la intención de resolver los problemas de comunicación son una base apropiada.

La mayoría de los niños ingresados en la UN presentan inmadurez, anomalías congénitas o enfermedades imprevistas como infecciones, etc.

Aunque puede haber alguna diferencia según la enfermedad del bebé, los padres sufren una crisis que sigue patrones ya descritos en situación de crisis. Las fases de conmoción, negación, culpa, ira y hostilidad para llegar finalmente a la aceptación del problema del bebé.

Conmoción-alarma

Cuando el peligro es máximo, también es máxima la tensión y el miedo. En ocasiones la madre aún no se encuentra bien y el padre está abrumado. Si ambos están juntos es el momento de todo el proceso en que se sienten más unidos. Pueden parecer arreativos dado su estado de shock. Parecen no comprender lo que está pasando. Nos sorprenden, a veces, con preguntas banales cuando sabemos que están angustiados.

Pena-tristeza

En primer lugar los padres sienten la pena por la pérdida del hijo ideal que habían imaginado, para amar en su lugar al hijo enfermo. Como segunda parte de la pena puede ocurrir la pena anticipatoria. Se preparan emocionalmente para la posibilidad de que su hijo muera evitando ligarse a Él. Este sentimiento les protege porque les ayuda a descargar el dolor que ya sienten y les aísla de lo demás. Como contrapartida retrasa el establecimiento del vínculo con el niño y a veces pasado el momento de más riesgo, no entienden porque aún no se sienten ligados a Él. Como expresión de la pena anticipatoria los padres pueden tardar en dar nombre a los bebés o retrasarse unos días en comunicar el nacimiento a familiares y amigos.

Impotencia

Sienten que no pueden hacer nada por su hijo, incluso falta de poder sobre sus propias vidas. Muchas madres de niños prematuros se sienten culpables por no haber sido capaces de llevar a término su embarazo. Los padres de niños con anomalías congénitas pueden culparse a sí mismos por sus experiencias anteriores, sus actitudes, y en general cuestiones en absoluto relacionadas con el problema del bebé, pero que les hacen sentir muy tristes.

Ambos padres, más frecuentemente las madres, que se recuperan del parto o cesárea, en una tormenta de sentimientos que no acaban de comprender bien, pueden llegar a deprimirse y a veces precisarán ayuda especializada. En ocasiones, se encuentran en distinta fase del proceso de aceptación y lo que inicialmente fue una unión absoluta se ha convertido en incomprensión y falta de comunicación.

Los que cuidamos de la salud de los RN sabemos, que los padres, por incompetentes que se sientan, pueden hacer mucho por sus hijos enfermos. Los niños han aprendido a reconocer la voz de sus madres cuando estaban en el útero y ambos padres son portadores de estímulos amorosos, nunca dolorosos que el niño reconocerá y disfrutará. Sabemos también que llegarán a sentirse lo competentes que son para cuidar de sus bebés.

Ira y hostilidad

Tantos acontecimientos y sentimientos no es extraño que den paso al enojo. Con frecuencia el enojo tiene como objeto el personal sanitario y poder expresarlo les hace sentir mejor. Comprenden peor sentirse enfadados con su bebé y agradecen saber que nosotros no estamos horrorizados por estos sentimientos que sabemos son comunes.

Aceptación

En general los padres de RN enfermos que ingresan en las UN establecen un vínculo apropiado con sus hijos y cuando son dados de alta se sienten capaces de cuidarlos.

Como dijimos al principio, no siempre podemos tratar con éxito a los niños enfermos. Cuando padres y personal debemos aceptar que el niño fallecerá, la asistencia centrada en la familia es, si cabe, más importante.

Entre todos daremos al niño los cuidados que precise consistentes en: disminuir el sufrimiento no realizando tratamientos inadecuados, proporcionar comodidad física y uso de fármacos frente al dolor.

A los padres les proporcionaremos información adecuada, apoyo emocional y oportunidad para elaborar su duelo. La adaptación y respuestas emocionales a la pérdida de un ser querido han sido bien descritas. En el caso particular del RN, si la muerte ocurre en el periodo posnatal más o menos inmediato, no han sido aceptados como miembros de la familia y la sociedad, por lo que otros miembros de la familia y amigos pueden no reconocerlos como causa de duelo. Los padres que les cuidaron durante toda la gestación, les aman y sufren su pérdida. Acciones como sostenerles en brazos, ponerle nombre, tomar fotografías y participar en el entierro, deben favorecerse porque facilitan la elaboración del duelo y la superación de la pena.

En resumen pretendemos una Unidad Neonatal donde podamos curar las enfermedades de los Recién Nacidos, en un ambiente de tranquilidad y comodidad para ellos y donde sus padres se sientan informados, apoyados y copartícipes del cuidado de sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

YOUNG, J. (1996), Developmental care of the premature baby, 1ª edn. Baillière Tindal.

V Jornada de estudios perinatológicos de la Comunidad de Madrid. Tema: Humanización en Neonatología. Madrid, 7 de marzo de 1977.

Neonatology. Pathophysiology. Management of the Newborn. Gordon B. Avery.

Asistencia precoz integrada en la familia del Recién Nacido con anomalías congénitas. García Alix y cols. *Rev Esp Pediatría* 1995; 51(1), 61-70.

Strategies to Improve the Neonatal Environment V. Roques. 5th Congreso Mundial de Medicina Perinatal. Barcelona 2001.

Helping parents cope with a High Risk Birth: Terror, grief, impotence, and anger. Michael T. Hynan. University of Wisconsin-Milwaukee.