

La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales

Matías Vieira G.¹

En un artículo publicado en 1999, JH Kennell hace notar que durante los últimos 100 años ha sido notable la mejoría en la sobrevivencia de los recién nacidos de pretérmino como resultado de los avances tanto de la tecnología como de los conocimientos médicos¹. Dicho avance tecnológico, sin embargo, no ha estado exento de costos. Pierre Budin, quien siendo obstetra, es considerado por muchos el padre de la neonatología, ya en 1907 se mostraba preocupado por el reemplazo de las funciones maternas en los cuidados del recién nacido prematuro. En su libro *The Nursling* escribía que *"un cierto número de madres abandonan a sus bebés cuyas necesidades no han tenido que suplir, y en quienes han perdido todo interés. Se ha salvado la vida del pequeño, es cierto, pero al costo de la madre"*. Esta advertencia tan premonitoria, comenta Kennell, fue desestimada ante la alarma causada por la altísima tasa de mortalidad por infecciones entre madres parturientas y sus recién nacidos, pensándose en aquellos años que era una buena idea separarlos. A Martin Couney, discípulo de Budin, no le bastó con separar las madres de sus hijos, sino llegó al extremo de exhibir incubadoras con los correspondientes niños prematuros en ferias y exposiciones en Inglaterra y Estados Unidos desde 1902 hasta 1940. Por increíble y grotesco que ahora esto nos parezca, los pediatras reprodujeron este modelo cuando fijaron las políticas hospitalarias para las unidades de recién nacidos prematuros. En el período comprendido entre 1930 a 1960, las visitas de los padres estaban estrictamente limitadas a una o dos horas semanales en la mayoría de los servicios de pedia-

tría, y las unidades de prematuros eran verdaderas fortalezas a las cuales era impensable permitir el ingreso a los miembros de las familias. Cuando se dispuso de terapias antibióticas y las investigaciones demostraron los beneficios de admitir a los padres en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) sin que se advirtiera un aumento de las infecciones, a fines de la década de 1960 se abrieron las puertas. Es así como los padres recién comenzaron a tener la autorización para tocar y cargar a sus bebés. Actualmente en todas las UCIN se insta a los padres no sólo a cargar y tocar, sino a participar cada vez más en los cuidados de sus hijos. Este cambio contrastó con un proceso mucho más lento en las maternidades en permitir reunir a las madres con sus recién nacidos sanos y de término durante las dos primeras horas en alojamiento conjunto. Sólo la presión de los padres sobre los obstetras y los hospitales logró impulsar el cambio^{1,2,3}.

Contra lo que muchos podrían pensar, en los países que pertenecían a la Unión Soviética no desaparecieron las innovaciones en los cuidados médicos. Es así como en 1979 se comenzó en Tallinn, Estonia, un sector especial con 35 camas para recién nacidos de pretérmino y 35 camas para recién nacidos de término enfermos o malformados. Debido a la escasez de enfermeras de la época, se solicitó a las madres hacerse cargo del cuidado de sus hijos, quedándose en el hospital hasta el alta de éstos. Las madres que habían sido sometidas a cesárea o las que presentaban complicaciones perinatales eran trasladadas a esta unidad lo más precozmente que su condición

1. Médico Pediatra Jefe Servicio de Pediatría "Dra. Carmen Pino Valdés" Hospital Regional "Lautaro Navarro Avaria" de Punta Arenas.

ameritase. Los niños sometidos a ventilación mecánica se trasladaban uno o dos días después de desconectados. Las enfermeras suministraban los medicamentos e inyecciones y actuaban como consultoras, asistiendo a las madres en la lactancia, guiando los planes de alimentación y enseñándoles el cuidado de sus hijos. La mayoría de los prematuros ingresados a esta unidad pesaban más de 1 500 g al nacer. Lo novedoso era el cuidado de los recién nacidos por sus madres las 24 horas del día con ayuda del equipo de salud, minimizando la exposición a infecciones por la restricción del contacto entre el niño y el personal del hospital, promoviendo la lactancia natural y reduciendo el uso de la tecnología al mínimo indispensable. Este sistema, de por sí revolucionario en tiempos soviéticos, era inexistente en el mundo occidental^{1,4,5,6}.

No obstante los cambios y la modernización de Estonia, la norma se ha mantenido esencialmente sin variaciones. Los criterios de alta eran, y siguen siendo, peso de al menos 2 000 g, capacidad de alimentarse bien, ganancia de peso, estabilidad física y, no menos importante, capacidad y confianza de la madre. Para ello actualmente a las madres se les invita a comenzar a cuidar de sus hijos en cuanto llegan a la unidad. Para hacerlas sentir más relajadas, pueden recibir las visitas de sus parejas u otros miembros de la familia varias veces a la semana, las habitaciones son decoradas con ambiente hogareño, cortinas de colores y muebles de madera barnizada. En cada habitación hay dos madres con sus pequeños, comen allí, existiendo también un área común de esparcimiento en que también se puede comer. Cada niño tiene su unidad de atención, las madres están permanente con sus hijos, con muchas instancias de contacto físico mediante el método *canguro*. Se les enseña a masajearlos diariamente, observan y toman nota del estado de salud de los niños, siendo asistidos por el equipo médico y de enfermería según necesidad. Enfermeras y psicólogos efectúan charlas a las madres y padres sobre cuidados de los niños, lactancia natural y relajación, y todo el grupo familiar termina asumiendo un compromiso de apoyo a la madre y su hijo. Casi todas las madres alimentan a sus hijos con pecho a libre demanda, y si el prematuro aún no es capaz de succionar, las madres se extraen leche y suministran la alimenta-

ción mediante sondas gástricas. La enfermera cambia las sondas todos los días, pero las madres proporcionan la alimentación mientras el niño chupa el pecho. Sólo aquellos niños cuyas madres no pueden amamantar o que no se pueden quedar en la unidad, son alimentados con fórmula. Además del equipo de enfermería, la unidad cuenta con seis neonatólogos, dos psicólogos y otros profesionales de apoyo, como masoterapeutas. También hay ginecólogos y otros interconsultores médicos para atender a las madres. A los niños que lo requieren se les provee de oxigenoterapia y tratamientos endovenosos, minimizando los procedimientos invasivos⁵.

En esta nueva unidad, creada por el Prof. Adik Levin y su equipo, se notó desde los inicios de su funcionamiento una disminución de las infecciones en los niños y, en consecuencia, de la necesidad de antibióticos y de fluidos intravenosos. La ganancia de peso era más rápida, aumentó la lactancia natural y se avanzó más en el desarrollo social y psicológico. Demostraron que los niños de pretérmino cuidados por sus madres tienen un incremento de peso significativamente mayor durante los primeros 30 días de vida, en comparación a los niños cuidados por personal de enfermería ($p < 0,001$). Las tablas 1 y 2 muestran, en estudios conducidos por Levin en 1988, lo anteriormente expuesto. En los recién nacidos de término esta diferencia fue menor, pero aún estadísticamente significativa. En todo caso, la diferencia fue mayor mientras más inmaduro era el recién nacido. También se beneficiaron las madres: era más rápida la recuperación del parto, aumentaba su autoestima, la confianza en su capacidad de cuidar a sus hijos y se incrementaba el vínculo madre-hijo, estimulando además su interés por aprender mediante el intercambio de ideas con otras madres y con el equipo de salud^{1,5,6,7}.

Los pasos claves en la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño (IHAN), propiciada desde fines de la década de 1980 por OMS, UNICEF y varias otras organizaciones en las maternidades de todo el mundo, incluyen el contacto precoz madre-hijo, cohabitación y lactancia materna precoz y frecuente, además de mínimo contacto con equipos de salud en constante rotación. Especialmente significativo ha sido el concepto de *apego*, introducido por Klaus y Kennell. Estos pasos han dado como resultado que

Tabla 1. Incremento de peso en prematuros cuidados por sus madres (m) y por enfermeras (enf) desde el ingreso a los 30 días, según orden de nacimiento

	Incremento (g) Ingreso a 20 días			Incremento (g) 20 – 30 días			Incremento (g) Ingreso – 30 días		
	madre	enf.	p	madre	enf.	p	madre	enf.	p
Primer hijo	322,7* (20,79)** (N = 19)	235,7 (29,7) (N = 19)	< 0,01	455,0 (18,8) (N = 19)	249,6 (23,7) (N = 19)	< 0,001	769,6 (20,9) (N = 19)	490,7 (34,5) (N = 19)	< 0,001
Desde el segundo hijo	423,6 (33,2) (N = 20)	234,9 (35,6) (N = 11)	< 0,001	353,6 (30,8) (N = 20)	204,8 (55,2) (N = 11)	< 0,001	763,4 (42,7) (N = 20)	438,4 (51,9) (N = 11)	< 0,001

* Media; ** DS

Tabla 2. Incremento de peso en recién nacidos de término cuidados por sus madres (m) y por enfermeras (enf) desde el ingreso a los 30 días, según orden de nacimiento

	Incremento (g) Ingreso a 20 días			Incremento (g) 20 – 30 días			Incremento (g) Ingreso – 30 días		
	madre	enf.	p	madre	enf.	p	madre	enf.	p
Primer hijo	311,0* (31,5)** (N = 28)	187,4 (30,4) (N = 26)	< 0,001	256,0 (20,2) (N = 28)	285,7 (30,3) (N = 26)		549,0 (38,4) (N = 28)	441,9 (42,2) (N = 26)	< 0,05
Desde el segundo hijo	277,9 (28,9) (N = 20)	234,9 (35,6) (N = 16)	< 0,05	344,5 (37,4) (N = 20)	307,0 (24,4) (N = 16)		626,5 (42,4) (N = 20)	516,5 (36,8) (N = 16)	< 0,001

* Media; ** DS

Beverly Chalmers y Adik Levin: *Humane Perinatal Care*. TEA ® Publishers, Tallinn 2001: 23 (Con autorización de los autores).

más madres amamanten por más tiempo, disminuyendo también el abandono de recién nacidos^{1,2,4,6,8,11,12,15-20}. La IHAN vino a contrarrestar la tendencia mundial de ir dejando caer en el olvido la alimentación al pecho, en gran parte debido a la influencia de los medios, a través de los cuales se promocionaban los sustitutos artificiales. Este proyecto desafortunadamente sólo favorece a los niños sanos de las maternidades, creándose así una situación paradójica: las rutinas de las maternidades se ajustan a la IHAN, pero es posible que las unidades de cuidados intensivos neonatales de los mismos hospitales no lo hagan^{6,8,10}.

Al ser trasladados los niños a una unidad neonatal son violentamente separados de sus madres y entregados al aparataje de la tecnología de punta y al cuidado de personal de enfermería muy bien entrenado, haciendo omisión de los principios de la IHAN.

En este escenario, el bienestar de la madre es la primera prioridad. Una vez cumplida su función biológica del parto, se le permite abandonar el hospital y hacerse cargo de problemas domésticos (otros hijos, esposo, etc), el régimen de visitas no dependerá ya de los deseos de la madre y de la familia, sino más bien de lo dispuesto por el equipo médico del hospital. El niño es prácticamente secuestrado, para ser atendido por equipos de salud en constante rotación. La madre, si bien reconocida como representante de su hijo, pasa a ser más visita que madre, y los médicos nos sentimos con plena libertad de indicar todo tipo de análisis y tratamientos, muchas veces traumáticos y de dudosa necesidad, casi siempre sin el consentimiento informado de los padres. Levin y su equipo piensan que todos estos factores aumentan el riesgo de infecciones y consecuentemente la morbilidad neonatal por

un lado, y por otro disminuyen las oportunidades de desarrollar las relaciones padre-hijo. En estas condiciones el niño es instalado en una incubadora y privado de su madre, conllevando como consecuencia, entre otras cosas, que los padres se sientan inseguros e incompetentes al momento de asumir el cuidado de su hijo después del alta, en que recién comienza el *apego*, tan importante y más efectivo cuanto más precozmente se inicie. Se suele argumentar que la hospitalización de la madre con su hijo aumenta los costos, no tomando en cuenta que el equipamiento tecnológico que sustituye a la madre es mucho más caro en su funcionamiento que el alojamiento de ésta^{4-6,8}.

Otra paradoja, amén de las diferencias con los niños sanos de las maternidades, es que suele suceder que en estos mismos hospitales los servicios de pediatría propugnan el alojamiento de las madres, y por alguna razón no se considera el problema de los esposos o de los otros hijos⁹. La familia también debe tomar conciencia de que el prematuro o recién nacido enfermo es por ahora la preocupación más importante, y necesita a su madre las 24 horas del día. Todo otro problema doméstico debería ser postergado o ser asumido por el resto del grupo familiar o sus relaciones de amistad, con la ayuda si es necesario de asistencia profesional del hospital. Es evidente que en muchos casos esto no podrá ser posible, y en última instancia es la familia la que debe tener la última palabra^{4,10}.

Levin argumenta que los beneficios de IHAN deben hacerse extensivos a los niños prematuros y enfermos. Es en estos grupos que el abandono y otras conductas trágicas de los padres son más frecuentes^{1,4}. Su propuesta se condensa en lo que llama la "Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales" (IHCN), que se basa en la IHAN y se complementa con otros pasos, ya que esta última enfatiza más que nada la lactancia natural, que si bien es cierto es de fundamental importancia, es uno de los muchos componentes de un ambiente verdaderamente amistoso para el niño (Anexo 2). La IHCN comprende, además de la lactancia natural: restricción al mínimo de tratamientos agresivos, mínimo contacto entre los niños enfermos y el equipo de salud y máximo contacto con las madres, reduciendo al mínimo el número de análisis y exámenes físicos^{5,6,8}.

La neonatología moderna suele ser bastante agresiva, y el pequeño recién nacido en un ambiente de alta tecnología, a pesar de sus incuestionables ventajas, debe sobrellevar su primera etapa vital abrumado por el estrés. Las UCIN son recintos en que los pequeños pacientes experimentan procedimientos agresivos frecuentes, manipuleo excesivo, interrupción del sueño, medicamentos orales repugnantes, ruido y exceso de luz^{11,12,21}. Los efectos inmediatos del estrés son inestabilidad autonómica, apnea y bradicardia, vasoconstricción y reducción de la motilidad gástrica. Se secretan cortisol y catecolaminas, lo cual puede interferir con la cicatrización, y la interrupción del sueño puede tener impactos biológicos adversos. En promedio, un prematuro enfermo es manipulado 150 veces al día, con períodos de descanso o sueño ininterrumpidos de no más de 10 minutos. Patologías atribuibles a la prematuridad per se, como la enfermedad pulmonar crónica y la enterocolitis necrotizante, pueden en parte estar relacionadas con el estrés^{13,21}. Es evidente que un pequeño paciente críticamente enfermo y conectado a ventilación mecánica, no se siente bien. El niño escucha, ve, siente y percibe hasta donde le permiten sus posibilidades. Criterios erróneos, como que las estructuras anatómicas del recién nacido no serían capaces de recibir, transmitir e interpretar el dolor, han sido ya desechadas, y hoy se puede demostrar que -y en el prematuro con mayor razón- la inmadurez hace percibirlo de manera más intensa y difusa^{3,14}. Siente dolor y miedo en su soledad entre los sofisticados equipos. Debería, por lo tanto, sufrir los análisis y terapias estrictamente necesarios, ni más ni menos. La IHCN no rechaza los avances tecnológicos, pero estima que deben ser cubiertos por un mismo paraguas en conjunto con la humanización neonatal, enfoque que vendrá a ser más contemporáneo, racional, sensible y -no menos importante- más barato^{4,6,8}.

"Debemos ser capaces de convertir al recién nacido en la primera prioridad", dice Levin. Sus observaciones han demostrado que es de suma importancia el contacto entre la madre y su hijo, no sólo durante las primeras horas o días en la maternidad, sino también durante el primer y segundo mes de vida. Sostiene que tras la separación física del parto surgen fuerzas invisibles y poderosas, que ha dado en llamar los "cor-

dones umbilicales biológico y psicológico". Se crearía una verdadera "incubadora biológica", la que estimularía el desarrollo biológico, físico y psicológico del niño. Para optimizar el desarrollo tanto de éste como de la madre, el cordón umbilical biológico se debe mantener indemne al menos durante el primer mes, para lo cual es conveniente privilegiar el parto vaginal sin uso de drogas, y alimentación al pecho en el postparto inmediato para que el neonato se beneficie del calostro. El niño que comienza su vida extrauterina es prácticamente estéril, y mientras más contacto tenga con su madre durante los primeros uno o dos meses, mayores serán los factores protectores que recibirá a través de la leche, el aire que ella exhala y las secreciones de su piel. Por el contrario, el niño expuesto a los constantes rotaciones del equipo médico (produciendo el quiebre de la incubadora biológica creada por la naturaleza) no tendrá la protección inmunológica de que disfruta el que pasa las 24 horas del día con su madre^{1,4-6,8,10}. El cordón umbilical psicológico, a su vez, representa la ligazón social y emocional entre la madre y su hijo, el cual comienza a constituirse durante el embarazo, para ir adquiriendo cada vez más importancia durante los primeros meses de vida extrauterina^{5,10}. Es por ello que el hospital debiera crear las condiciones necesarias para que la madre permanezca con su niño día y noche. A estas alturas, la medicina necesariamente deberá estar al servicio de -y de la promoción de- la unidad psicosomática constituida por la madre y su hijo^{4,8,10}, siendo incluso deseable en una etapa futura que los padres pudieran quedarse con las madres durante las noches^{7,10}. El derecho humano e individual de cada recién nacido hospitalizado es no solamente estar rodeado de modernos aparatos y de personal altamente calificado, sino también permanecer con su madre, e idealmente también con su padre, sólo entonces podremos hablar de "Hospital Amigo de la Familia"^{8,10}.

En 1907, en su texto sobre los cuidados del prematuro, Pierre Budin manifestaba que *"la alimentación de los recién nacidos es la leche humana"*. La leche de la madre del prematuro es diferente en su composición a la leche de término durante el primer mes. La leche de pretérmino tiene, en general, más proteínas, nitrógeno, cloruros y sodio y menos lactosa, existiendo también una con-

siderable variación entre distintas madres y categóricamente una variación diurna de los contenidos de la leche. Existe suficiente evidencia que la leche humana sustenta un crecimiento satisfactorio en niños de más de 1 500 g, siendo probable que sea también la alimentación adecuada para los prematuros de menos peso, manteniéndose más bien la discusión en que si la leche deba o no ser modificada o reforzada¹. Cabe agregar que los niños de pretérmino tienden a bajar su oxemia durante la alimentación, pero este efecto es menor durante la alimentación al pecho que con biberón¹. Es sabido también que entre otras ventajas, la lactancia materna en los prematuros disminuye los riesgos de enterocolitis necrotizante y mejora el cociente intelectual medido a los ocho años⁷. Es comúnmente aceptado que un recién nacido sometido a ventilación mecánica no puede ser alimentado al pecho, lo cual sólo hasta cierto punto es correcto, porque la mayoría de ellos y los que no necesitan ser ventilados pueden recibir leche fresca de sus propias madres⁸. Es costumbre de muchos centros alimentar a los recién nacidos enfermos o de pretérmino con biberones de la leche que se extrae diariamente a sus madres, o peor aún, con el producto de bancos de leche, sin embargo, no es lo mismo alimentar con leche materna que alimentar directamente al pecho⁴.

El Prof. Kennell destaca en su artículo¹ que otro enfoque innovador es el propuesto por la Dra. Heideliese Als y su equipo, quienes durante muchos años han probado y desarrollado un acercamiento hacia los cuidados intensivos para los recién nacidos prematuros basado en el apoyo del desarrollo y de las relaciones, en lo que han denominado "Programa para los Cuidados del Desarrollo y Evaluación Individualizados del Recién Nacido (PCDEIRN)". En este enfoque al recién nacido se le considera un colaborador activo en la tarea de continuar la trayectoria del desarrollo iniciada durante la vida intrauterina. El comportamiento del niño entrega la información sobre la que se basa el diseño del tratamiento, información que permite predecir qué podría ser de utilidad para apoyar el desarrollo global y la organización neuroconductual del niño, cumpliéndose al mismo tiempo las metas de los cuidados intensivos que entrega el equipo de salud. El modelo incluye un método sistemático para la observación detallada de la

conducta del niño, poniendo especial atención en aquellas que traducen estrés, y en las defensas adoptadas para reducirlo. Se prepara un informe acabado con sugerencias para apoyar la estabilidad fisiológica, organización conductual y progresos en el desarrollo del niño, información que se comparte con los profesionales prestadores de cuidados y con la familia. Las guías para el tratamiento incluyen cuidados basados en las pistas aportadas por el recién nacido, posiciones apropiadas para cada caso individual, apoyo alimentario individualizado, oportunidades para el contacto piel a piel, y cuidados colaborativos para todos los procedimientos especiales, de tal modo que los padres puedan supervisar la comodidad

y bienestar del niño. Se enfatiza en la necesidad de un ambiente tranquilo, de relajación, que apoye la comodidad de los padres y que les entregue la posibilidad de sentirse en cariñosa proximidad con sus hijos^{1,11,21}.

Los niños cuya estadía hospitalaria fue manejada utilizando el PCDEIRN tuvieron tasas de morbilidad significativamente menores (p. ej. menor incidencia de hemorragias intraventriculares y menor severidad de enfermedad pulmonar crónica), menor necesidad de apoyo ventilatorio y oxigenoterapia, cambio más precoz a la alimentación oral, mayor ganancia de peso, ahorro significativo de costos por altas más precoces, y mejores desarrollos conductuales, como se muestra en la tabla 3^{1,21}. El PCDEIRN sería

Tabla 3. Variables de evolución de prematuros bajo 1 250 g al nacer y edades gestacionales 24-30 semanas*

Variable	Grupo control (N = 18)	Grupo experimental (N = 20)	p
Ganancia promedio de peso diario desde el nacimiento a 2 semanas post fecha esperada de parto.	20 ± 6	24 ± 7	< 0,08
Edad corregida al alta según FUR (sem)	48,3 ± 17,3	39,7 ± 3,1	< 0,05
Días de hospitalización	151 ± 120	87 ± 26	< 0,04
Días de ventilación mecánica	63,8 ± 72,9	28,3 ± 23,3	< 0,06
Días de oxigenoterapia	139,4 ± 166,1	56,8 ± 39,3	< 0,05
Días antes de alimentación con biberón	104,1 ± 85,8	59,2 ± 25,8	< 0,05
Costos de hospitalización (1000 USD)	189 ± 174	98 ± 37	< 0,04
Retinopatía del prematuro (Nº)			
Ninguna	5	10	< 0,37
Leve	10	8	
Moderada	3	2	
Severa	0	0	
Displasia broncopulmonar (Nº)			
Ninguna	3	2	< 0,03
Leve	7	13	
Moderada	2	5	
Severa	6	0	
Hemorragia intraventricular (Nº)			
Ninguna	8	19	< 0,01
Grado I	3	0	
Grado II	1	0	
Grado III	2	1	
Grado IV	4	0	

* Resultados expresados en media ± DS salvo que se señale lo contrario.
Als, H. y cols. JAMA 1994; 272: 853-8.

un suplemento valioso, a la vez que reforzaría algunos de los componentes de la IHCN. Sin embargo, el programa de cuidados individualizados no debería reemplazar a los componentes clave de Levin de la mantención conjunta del niño con su madre, y ésta involucrada en los cuidados y alimentación natural de su hijo. Ambos programas toman en cuenta el estrés y la presión sobre los padres que tienen un recién nacido hospitalizado, e intentan aminorar esta situación manteniendo la unidad lo más silenciosa y tranquila posible¹. Los principios de los cuidados humanos debieran ser la base del desarrollo de la neonatología, y los avances tecnológicos enfocarse en la dupla madre-hijo⁴.

Un avance importante en la humanización de la neonatología se produjo en 1978 en Colombia, al idearse el método *canguro* como modo de enfrentarse al problema de los hospitales sobrepoblados y escasos de recursos. Actualmente la intervención comprende tres componentes: posición *canguro* (vertical y contacto piel a piel), nutrición *canguro* (pecho exclusivo o casi exclusivo), y las políticas *canguro* de altas precoces (independientemente del peso o edad gestacional). Esta iniciativa se ha adaptado a las realidades de cada país en todo el mundo, en especial el contacto piel a piel. Las políticas de altas precoces dependerán de las necesidades, pero se ha demostrado que no hay diferencia significativa de mortalidad entre éstos y los pacientes que se mantienen hospitalizados hasta llegar al peso requerido para su alta. Por lo demás, aunque por factores socioeconómicos los niños so-

metidos a esta intervención suelen ser de mayor riesgo, tienen mejores porcentajes de ganancia de peso/talla (tabla 4)^{22,23}.

"Hace treinta años", comenta Kennell, "comenzaron a derrumbarse los muros de las fortalezas de las unidades de prematuros". Las madres, padres y hermanos ahora son bienvenidos en la mayoría de las UCIN para que observen, toquen, carguen y alimenten a los recién nacidos prematuros y enfermos. Dependiendo del nivel de la atención médica en cada país, entre 4-10% de los recién nacidos llegan a unidades de cuidados especiales. Estos niños precisan el amor y la leche de sus madres aún más que los recién nacidos sanos, por lo que el siguiente paso deberá ser la permanencia de las madres con sus hijos las 24 horas del día con máximo contacto piel a piel, proveyendo la leche materna y gran parte de sus cuidados bajo supervisión, y participando en un programa de evaluaciones y cuidados individualizados¹. Decía Pierre Budin a principios del siglo veinte: "*Es lejos lo mejor colocar al pequeño en una incubadora al lado de su madre; la supervisión ejercida por ella no debe subestimarse*"¹.

Estos pasos llevan un largo recorrido de casi un cuarto de siglo, venciendo las resistencias iniciales de la burocracia soviética y luego de la occidentalización de la medicina en Estonia, con toda la embriagadora fascinación de la tecnología y de la muy atractiva publicidad de los sustitutos artificiales de la leche materna. Ciertamente Levin y sus colaboradores no son los únicos que han intentado humanizar la atención neonatal, y hay muchos investigadores -sin contar a

Tabla 4. Porcentajes de índices esperados de crecimiento* para edades corregidas durante el primer año*****

Edad	Peso/Edad			Talla/Edad			Peso/Talla		
	K	C	C-K	K	C	C-K	K	C	C-K
1 mes	59 ± 1	73 ± 1	14	88 ± 1	97 ± 1	9	—	—	—
3 meses	78 ± 1	91 ± 1	13	84 ± 2	97 ± 1	13	102 ± 1	98 ± 1	-4
6 meses	80 ± 1	88 ± 1	8	78 ± 3	92 ± 2	14	99 ± 1	95 ± 1	-4
9 meses	81 ± 1	87 ± 1	6	88 ± 2	97 ± 1	9	97 ± 1	90 ± 1	-7
1 año	82 ± 1	86 ± 1	4	88 ± 2	97 ± 1	9	91 ± 1	87 ± 1	-4

* Porcentajes de media de peso, talla y peso para talla, de acuerdo a estándares de NIHS.

** Corregidas para edad gestacional (40 semanas).

*** Todas las diferencias son estadísticamente significativas (p < 0,01).

K = Grupo Canguro. C = Grupo control.

Cherpak, N. y cols. Pediatrics 1994: 804-10.

los creadores del método *canguro* y del PCDEIRN- que han diseñado programas de intervención con miras a este objetivo^{11,12,19}. Experiencias de alojamiento conjunto se han efectuado también en Sudáfrica, Etiopía, Buenos Aires, Inglaterra y Santiago de Chile, notándose en ellas mejorías significativas en la alimentación al pecho, aceptabilidad más precoz de las madres por involucrarse en los cuidados de sus hijos, y mejor comunicación entre los padres y el equipo médico, todo lo cual redundó en mejor sobrevida en el primer año^{5,7,15}. En Suecia, se han fabricado colchones de agua temperada, que en muchos casos han sustituido a las incubadoras, facilitando el *apego*^{8,10}. Levin tiene, sin embargo, la virtud de respaldar sus ideas con una sólida y extensa experiencia, con publicaciones en que los resultados positivos son más que claros, logrando sintetizar sus ideas en los once pasos de la IHCN. Éstos se han comenzado a aceptar en varios países del mundo, especialmente de Europa. Sólo falta el respaldo oficial de la OMS, UNICEF y otras organizaciones, para que, al igual que la IHAN, su promoción se haga efectiva en todos los hospitales del mundo, los que podrían pasar a denominarse "Hospitales Amigos de la Familia". En este contexto, no deja de ser un hito importante que una sociedad científica nacional sudamericana, como la Sociedad Chilena de Pediatría, haya proclamado en su Congreso Nacional de 2001 la *Declaración de Pucón* (Anexo 2).

REFERENCIAS

- 1.- Kennell JH: The Humane Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatr* 1999; 88: 367-70.
- 2.- Avery GB: Neonatology: Perspective at the End of the Twentieth Century. En: Avery GB, Fletcher MA, Mac Donald MG: Neonatology. Pathophysiology & Management of the Newborn. Lippincott Williams & Wilkins 1999; 3-7.
- 3.- Dinerstein A, González MA, Brundi M: Humanización en la atención neonatal. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 2000; 19: 173-6.
- 4.- Levin A: What Future Course do You Take, Neonatal Medicine? *International Child Health* 1995; VI: 41-4.
- 5.- Levin A: The Mother-Infant Unit at Tallinn Children's Hospital, Estonia: A Truly Baby-Friendly Unit *Birth* 1994; 21: 39-44.
- 6.- Chalmers B, Levin A: Humane Perinatal Care. TEA Publishers. Tallinn, 2001.
- 7.- Harrison L, Klaus MH: Commentary: A Lesson from Eastern Europe. *Birth* 1994; 21: 45-6.
- 8.- Levin A: Viewpoint: Human Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatr* 1999; 88: 353-5.
- 9.- Barrera F, Sepúlveda A, Weber C, Moraga F, Escobar S, Mejías M: Participación materna en la atención del niño hospitalizado. *Rev Chil Pediatr* 1993; 64: 164-8.
- 10.- Levin A: Letter to the Editor: Where are you going, neonatal medicine?. *Intensive and Critical Care Nursing* 1995; 11: 49-52.
- 11.- Feldman R, Eidelman AI: Intervention Programs for Premature Infants. How and Do They Affect Development? *Clin Perinat* 1998; 25: 613-26.
- 12.- Marrese AM: El ambiente de la UCI neonatal y su influencia en el desarrollo del prematuro: un desafío para enfermería. *Medicina Perinatal y Neonatal* (Centro de Investigaciones Perinatales Universidad de Chile) 1996; 1: 15-21.
- 13.- Glass P: The Vulnerable Neonate and the Neonatal Intensive Care Environment. En: Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG: Neonatology. Pathophysiology & Management of the Newborn. Lippincott Williams & Wilkins Ed. 1999: 91-108.
- 14.- Committee on Fetus and Newborn, Committee on Drugs, Section on Anesthesiology, Section on Surgery, American Academy of Pediatrics, Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society: Prevención y tratamiento del dolor y el estrés en el neonato. *Pediatrics* 2000; 49: 123-30.
- 15.- Klaus MH, Kennell JH: Care of the Parents. En: Klaus & Fanaroff. *Care of the High-Risk Neonate*. WB Saunders Company, 5th Edition 2001: 195-222.
- 16.- Philipp B, Merewood A, Miller LW, et al: Baby-Friendly Hospital Initiative Improves Breastfeeding Initiation Rates in a US Hospital Setting. *Pediatrics* 2001; 108: 677-81.
- 17.- Waisman M: La Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño como una estrategia de humanización: aprender de la experiencia. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 2000; 19: 157-60.
- 18.- Ossandón M, Ilabaca J, Gajardo C, Castillo N, Namur L: Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau. *Rev Chil Pediatr* 2000; 71: 98-106.
- 19.- Hernández G, Kimelman M, Montino O: Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 1283-9.
- 20.- Villalón H, Álvarez P: Efecto a corto plazo del contacto precoz piel a piel sobre la lactancia materna en recién nacidos de término sanos.

- Rev Chil Pediatr 1993; 64: 124-8.
- 21.- Als H, Lawhon G, Duffy FH, McAnulty GB, Gibes-Grossman R, Blickman JG: Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. Medical and neurofunctional effects. JAMA 1994; 272: 853-8.
- 22.- Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Charpak Y: Rey-Martínez Kangaroo Mother Program: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two cohort study. Pediatrics 1994; 94: 931-2.
- 23.- Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa de Calumbe Z: Current knowledge of Kangaroo Mother Intervention. Curr Opin Pediatr 1996; 8: 108-12.

Anexo 1. La iniciativa de humanización de los cuidados neonatales

1. La madre debe poder permanecer con su niño enfermo las 24 horas del día.
2. Cada miembro del equipo de salud debe atender a la madre y al niño, y ser capaz de enfrentar sus aspectos psicológicos.
3. El equipo de salud debe promover la lactancia natural en cada madre, y estar entrenado en las técnicas de extracción de leche materna.
4. El estrés psicológico de la madre debe ser aminorado durante el período de tratamiento.
5. Salvo indicación médica, sólo se debe alimentar a los recién nacidos con leche materna.
6. Si el niño está imposibilitado de succionar, se debe alimentar por sonda con leche materna y de preferencia por su madre.
7. La cantidad de exámenes y de análisis de laboratorio deben reducirse al mínimo.
8. El contacto madre-hijo piel a piel o aire a aire deben ser utilizados tanto como sea posible, reduciéndose el equipamiento tecnológico al mínimo indispensable.
9. Las terapias agresivas deben reducirse al mínimo.
10. La madre y el niño deben ser considerados como un sistema psicosomático cerrado. Los controles del equipo médico deben focalizarse no sólo en el recién nacido, sino también en las necesidades de la madre (incluyendo ginecólogo y otros especialistas).
11. Miembros sanos de la familia (padres, abuelos, otros involucrados) deben ser autorizados a visitar al recién nacido y su madre durante una hospitalización prolongada.

Anexo 2. Declaración de Pucón

La Sociedad Chilena de Pediatría desea fomentar y estimular la "Humanización de la Pediatría Perinatal". Esto significa poner énfasis en la atención del recién nacido de término y pretérmino junto con su madre, protegiendo la lactancia natural, el apego y la manera de atenderlo en todas las circunstancias, incluyendo su permanencia en las unidades de cuidados intensivos.

Esta Sociedad reconoce el alto valor y las consecuencias positivas que ha tenido la "Iniciativa Hospital Amigo del Niño" y agradece a la OPS/OMS, UNICEF y otras organizaciones internacionales su labor en la difusión de estos propósitos, que se han ido plasmando en nuestro medio y otros países.

Nuestro compromiso con el recién nacido va más allá de la protección de la lactancia natural por un mínimo de seis meses, y pretende considerar a su madre, incorporándola activamente en la atención de su hijo, transformándola en un ente activo y no pasivo. Ello se traduce en favorecer su permanencia máxima junto al niño, en lo posible durante las 24 horas del día.

Pretende, además, racionalizar al máximo los exámenes de laboratorio y tratamientos, disminuyendo o eliminando el dolor físico o psíquico, y fomentando y apoyando el contacto piel con piel.

Por lo anteriormente expuesto y en el marco del XLI Congreso Chileno de Pediatría, en Pucón, Chile, esta Sociedad y sus miembros, contando con la presencia del Profesor Adik Levin, suscribe y adhiere a la metodología de los 11 puntos utilizados en el Hospital de Niños de Tallinn, Estonia, relativa a los cuidados humanos del recién nacido y su madre en todas las áreas referidas a la "Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales" (HNCI), e invita al resto de las Sociedades de Pediatría del mundo a suscribir esta declaración.

Nuestra Sociedad solicita el apoyo de todas las organizaciones internacionales que velan por la salud y bienestar del hombre, del niño y de sus derechos, para lograr este propósito.

Pucón, 28 de Noviembre 2001.