

## En busca de un modelo de atención del recién nacido normal y de bajo riesgo

*In quest of a healthcare model for normal, low risk newborn infants*

La atención del recién nacido y su familia en la maternidad es un proceso en evolución. Sabemos cómo era antes, cómo es ahora pero no estamos seguros de saber cómo será después.

Los cambios surgen del deseo de brindar la mejor atención integral en relación al nacimiento y los primeros días. Pero basados en esto también hemos cometido y cometemos errores.

Cuando el parto era un acontecimiento familiar, en la intimidad del hogar, atendido por parteras, no había posibilidad de enfrentar en tiempo y forma las dificultades. Se oscilaba entre los beneficios de la contención familiar y los riesgos de la morbimortalidad materna y neonatal.

En Argentina, la institucionalización del nacimiento para disminuir la morbimortalidad llegó casi a mediados del siglo XX. La embarazada primero y la puérpera y el recién nacido después, se convirtieron en "pacientes" nuestros, aislados de su familia, con profesionales protagonistas de cada minuto de su "internación" en la maternidad.

Contemporánea a este modelo, apareció la especialidad de neonatología, una rama de la pediatría para la atención específica del recién nacido de riesgo moderado y de prematuros de buen peso que requerían cuidados especiales.

La capacidad técnica y científica de brindar cuidados de alta complejidad, fue en aumento. En 1952 con la epidemia de poliomielitis, en Copenhague, comenzó la concentración de enfermos críticos y la ventilación mecánica. Luego aparecieron las Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico y las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN). Los profesionales a cargo eran médicos pediatras con algún conocimiento de fisiología y patología perinatal. A principios de los 60 se reconoció la neonatología como especialidad. El Dr. W. Silverman en 1955 publicó el primer estudio aleatorizado en la medicina neonatal.

Este modelo de atención es el que rige actualmente: maternidades con internación conjunta para el recién nacido sano, UCIN y secciones de atención ambulatoria para el seguimiento de prematuros y recién nacidos de alto riesgo. Pero sobre esta estructura se están produciendo cambios.

El primero fue un cambio de mentalidad. El protagonismo profesional en desmedro del de la familia tuvo un impacto emocional negativo en la madre. Aislada de su familia, aumentó su angustia, la depresión, el parto distócico o instrumental.

Separada de su recién nacido (atendido en la *Nursery*) se demoró la instalación de su lactancia por la falta de interacción a demanda, la administración de fórmulas lácteas y los horarios rígidos. La familia no tenía oportunidad de conocer y aprender las nociones mínimas de puericultura.

En 1948, la Dra. Edith Jackson en el Hospital Comunitario de Grace-New Haven, creó la primera unidad de internación conjunta. Las embarazadas podían optar por este sistema o el tradicional de *Nursery*. Fue una experiencia excelente para las familias y para los médicos en formación<sup>1,2</sup> que se difundiría luego ampliamente.

En la UCIN, el recién nacido tenía visitas muy restringidas de los padres, que recibían escasa información y no participaban en la atención. Luego de períodos prolongados de internación de alta complejidad, el nacido prematuro era "devuelto" a una familia inexperta en su manejo y, a veces, con escaso apego. No era infrecuente el reingreso por desnutrición o abandono.

La respuesta a esta situación fue el movimiento de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Se basa en el acompañamiento durante el parto, la postergación de los procedimientos de rutina en beneficio del encuentro del recién nacido con sus padres, el acceso libre de los padres a la UCIN, su participación en los cuidados, la internación conjunta de la madre y el niño, la promoción de la lactancia materna y la enseñanza de nociones de puericultura y cuidado de la salud en la maternidad.

Este modelo se puede mejorar a medida que se detectan sus puntos vulnerables, que generalmente son los recursos humanos. El buen funcionamiento o no, depende de la calidad y cantidad de profesionales médicos y de enfermería.

Hay recién nacidos que son claramente sanos o requieren cuidados intensivos, pero hay un grupo intermedio, una zona gris de la neonatología, que pueden estar en internación conjunta o en la UCIN, según la capacitación y los recursos del equipo de salud.

Los beneficios de la internación conjunta se pueden extender a niños que requieren cuidados especiales mínimos, si se garantizan los controles médicos y de enfermería que puedan detectar el momento justo en que deben ser trasladados a la UCIN.

Los prematuros de 35-36 semanas de gestación, los niños con peso entre 2000-2500 g, los que

tienen una cardiopatía congénita sin compromiso hemodinámico, los que presentan dificultad respiratoria sin requerimiento de oxígeno en las primeras 12 horas de vida, los niños con síndromes genéticos sin malformaciones mayores, los de alto peso por diabetes materna, aquellos con incompatibilidad de grupo o factor, los que tienen una malformación que no requiere atención inmediata, en fin, todos estos y otros similares, pueden estar en internación conjunta.

Analicemos el tema de enfermería. El modelo tradicional, con una enfermera para la puérpera y otra para el recién nacido presenta algunas dificultades. La madre plantea sus dudas al primer profesional que aparece. Si recibe mensajes contradictorios del profesional que atiende adultos y del personal neonatal, se genera confusión y angustia. En cambio si todos hablan el mismo idioma, se duplica la posibilidad de informar y educar para la salud.

Esto se logra con el modelo de atención del binomio. Son profesionales de enfermería capacitados para la atención perinatal, que atienden a la madre y el niño. Esta capacitación se puede hacer a través de cursos al ingresar a la institución, de actualización periódica y con el refuerzo día a día.

Es imperioso que el médico trabaje en equipo con enfermería para contribuir en su preparación y en especial para jerarquizar su rol. Un enfermero capacitado es la base fundamental en la atención neonatal mediante el control y la detección de trastornos, y la comunicación efectiva con el médico.

Otro problema es el profesional médico. La neonatología como especialidad tuvo en pocos años cambios notables. Fue una novedad, creció rápidamente y ahora, parece en disminución. Ya analizamos este tema hace unos años.<sup>3</sup> Por motivos largos de explicar (estrés de la terapia intensiva, sistema de salud, etc.) los neonatólogos escasean cada vez más.<sup>4</sup>

Hay servicios con dificultades para cubrir las guardias de la UCIN. ¿Qué queda para la atención del recién nacido normal? La dinámica intensa de la terapia neonatal es más atractiva que la de la internación conjunta. Para muchos neonatólogos y pediatras, esta es una actividad "rutinaria, poco atrayente" ya que no hay enfermedades.

Pero en defensa de la atención en internación conjunta, hay aspectos que se juegan en esos días, como la creación del vínculo y el desafío de lograr la mejor lactancia materna posible. En medio de la aparente calma, surgen periódicamente las patologías inaparentes, a veces graves, que requieren diagnóstico y tratamiento urgente, o la necesidad de acompañamiento ante enfermedades crónicas. Esto también puede ser un desafío apasionante.

En internación conjunta el punto clave es la diada madre-hijo y la puericultura; requiere del pediatra, una motivación especial basada en el altruismo, con capacidad de comunicación, empatía, tiempo de escucha, reflexión y diálogo. Algunos profesionales se sienten más cómodos que otros con estos aspectos.

Las sociedades pediátricas a nivel internacional y los programas de formación en residencias pediátricas coinciden en que el recién nacido normal y de bajo riesgo, debe ser atendido por el médico pediatra, desde la recepción en sala de partos y en la internación conjunta.<sup>5</sup>

Así llegamos a la situación actual. El médico pediatra es invitado a retomar su rol junto al recién nacido pero surge la responsabilidad compartida de capacitarlo para ello. Esta responsabilidad es de los neonatólogos de cada maternidad, de los sistemas de formación (residencias) y del propio pediatra si completó sus estudios de posgrado.

Los recién nacidos sanos y de bajo riesgo tienen características peculiares que no se repiten en la etapa pediátrica. Una buena atención neonatal se puede brindar trabajando en forma coordinada entre la internación conjunta y la UCIN, con la supervisión de un médico neonatólogo y con protocolos básicos sobre el manejo de las entidades más frecuentes en estos niños.

Probablemente el momento del nacimiento sea la experiencia vital más intensa e imborrable para la familia y para el profesional que los acompañe. Lo que ocurre durante esos pocos días es esencial para la madre y el niño y repercute largamente en todo su desarrollo. La clave es capacitarse para estar allí y conocer el momento justo en que hay que dialogar con el neonatólogo para ver cómo seguir. ■

Dra. Norma Elena Rossato  
Editora Asociada

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.290>

## REFERENCIAS

1. Jackson EB. General reactions of mothers and nurses to rooming-in. *Am J Public Health Nations Health* 1948;38(5 Pt 1):689-95.
2. Olmsted RW, Svibergson RI, Kleeman JA. The value of rooming-in experience in pediatric training. *Pediatrics* 1949;3(5):617-21.
3. Rossato NE. El desafiante mundo del recién nacido normal. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(4):293-4.
4. Justich PR. Falta de neonatólogos: ¿crisis vocacional o políticas erradas? *Arch Argent Pediatr* 2012;110(5):411-5.
5. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas. Especialidad Pediatría. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2010. [Consulta: 30 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/pediatria.pdf>.