

Ana Lía Ruiz

El bebé prematuro y sus padres

Creación de un programa de intervención psicológico

cción Retardo Mental y Educación Especial



MIÑO y DÁVILA
EDITORES

Colección

**Retardo Mental y
Educación Especial**

Dirigida por **Jaime Tallis**

ISBN: 978-84-18095-39-9

Diseño: Gerardo Miño

Composición: Eduardo Rosende

© 2003, Miño y Dávila srl / Miño y Dávila editores sl

Prohibida su reproducción total o parcial, incluyendo fotocopia, sin la autorización expresa de los editores. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.



dirección postal: Tacuarí 540 (C1071AAL) Ciudad de Buenos Aires, Argentina

tel-fax: (54 11) 4331-1565

e-mail producción: produccion@minoydavila.com

e-mail administración: info@minoydavila.com

web: www.minoydavila.com

twitter: [@MyDeditores](https://twitter.com/MyDeditores)

facebook: www.facebook.com/MinoyDavila

instagram: <https://www.instagram.com/minoydavila/>

EL BEBÉ PREMATURO
Y SUS PADRES:

Creación de un Programa de
Intervención Psicológico
implementado en las Unidades
de Cuidados Intensivos Neonatales

Ana Lia Ruiz

MIÑO y DÁVILA
• EDITORES •

Índice de contenido

Agradecimientos

Introducción general

- Fundamentación de la elección del tema
- Planteo del problema
- Importancia del estudio

Parte I. El nacimiento prematuro, el niño y sus padres

Capítulo I. El cuidado de recién nacidos prematuros

- 1.1 Introducción
- 1.2 Perspectivas históricas en el cuidado de los recién nacidos prematuros
- 1.3 Una incubadora para neonatos
- 1.4 La exposición de los recién nacidos prematuros
- 1.5 La Neonatología en Argentina
- 1.6 Los recién nacidos prematuros y la asistencia neonatal
- 1.7 Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional
- 1.8 Factores de riesgo psicosocial ligados a la prematurez
- 1.9 Embarazos de riesgo y experiencias de vida
- 1.10 Bibliografía

Capítulo II. El nacimiento de un niño. El nacimiento de unos padres.

- 2.1 Paternidad y maternidad
- 2.2 Embarazo: conflictos y temores de la mujer embarazada
- 2.3 Ansiedades de la embarazada
- 2.4 El embarazo como preparación para la paternidad
- 2.5 Etapas psicológicas del embarazo
- 2.6 La constelación maternal
- 2.7 El futuro padre
- 2.8 Bibliografía

Capítulo III. La maternidad y la paternidad prematura

- 3.1 Introducción
- 3.2 Los primeros momentos posteriores al nacimiento
- 3.3 El dolor psíquico
- 3.4 "Somos madres especiales porque somos madres prematuras"
- 3.5 El recién nacido prematuro: Lo propio como diferente
- 3.6 La problemática de los duelos
- 3.7 El padre

3.8 Bibliografía

Capítulo IV. El lenguaje corporal del bebé prematuro: pensar al bebé

- 4.1 La construcción del cuerpo
- 4.2 La comprensión del comportamiento neonatal
- 4.3 El lenguaje corporal del bebé internado en una UCIN
- 4.4 El bebé prematuro de bajo peso y edad gestacional (RNMBPN)
- 4.5 Los estados de conducta
- 4.6 Funciones sensorio perceptuales
- 4.7 Bibliografía

Capítulo V. Situaciones críticas en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

- 5.1 Situaciones críticas e interacción padres-bebé
- 5.2 Diagnóstico incierto
- 5.3 Malformación congénita
- 5.4 Muerte de un bebé
- 5.5 Bibliografía

Capítulo VI. Investigaciones sobre la paternidad del niño nacido prematuro

- 6.1 Introducción
- 6.2 Impacto ante la separación temprana entre padres y recién nacido prematuro
- 6.3 Investigaciones sobre el estrés paterno ante la internación del RNP
- 6.4 Influencia del nacimiento prematuro sobre la paternidad y crianza del niño en sus primeros años de vida
- 6.5 Percepciones paternas acerca del niño nacido prematuro
- 6.6 La depresión materna y su influencia en el desarrollo del niño
- 6.7 Bibliografía

Capítulo VII. El devenir futuro de los niños que nacieron prematuros. Resultados de nuestras investigaciones

- 7.1 Los primeros años de los niños que nacieron prematuros
- 7.2 Evaluación del desarrollo de RNMBPN de 2 a 30 meses de edad
- 7.3 Los niños nacidos prematuros en edad escolar
- 7.4 Niños vulnerables: niños en riesgo
- 7.5 Conclusiones
- 7.6 Bibliografía

Parte II. La creación de un espacio psicológico en las unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

Capítulo VIII. Programas de intervención sobre el recién nacido prematuro y sus padres

- 8.1 Introducción
- 8.2 El prematuro como un deprivado sensorial: La estimulación“adicional”
- 8.3 El prematuro como inmaduro: El cuidado del medio ambiente extrauterino
- 8.4 La asistencia individualizada del prematuro
- 8.5 La asistencia psicológica a la familia del prematuro
- 8.6 Programas de Intervención sobre recién nacidos prematuros y sus padres.
Revisión de la bibliografía
- 8.7 NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)
- 8.8 La asistencia psicológica a los padres
- 8.9 Abordaje clínico basado en el Método de Observación de Lactantes de E. Bick (1964)
- 8.10 Diferentes modalidades de intervención (Romana Negri)
- 8.11 Atención psicológica desarrollada por C. Duron
- 8.12 Programa de intervención psicosocial para niños de alto riesgo
- 8.13 Análisis de los diferentes programas de intervención
- 8.14 Bibliografía

Capítulo IX. Programa de intervención psicológico sobre el recién nacido prematuro y sus padres

- 9.1 Descripción del programa de intervención psicológica
- 9.2 Bases del programa
- 9.3 Objetivos
- 9.4 Programa de intervención psicológica sobre el RNMBPN y sus padres
- 9.5 Bibliografía

Parte III. Investigación

Capítulo X. Evaluación de un Programa de intervención psicológica sobre el recién nacido prematuro y sus padres llevado a cabo en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

- 10.1 Planteo del problema
- 10.2 Estrés y depresión
- 10.3 Plan de trabajo
- 10.4 Análisis estadístico
- 10.5 Análisis de las entrevistas
- 10.6 Discusión
- 10.7 Bibliografía

Parte IV. Conclusiones

Conclusiones

Prematurez del recién nacido y de los padres

Maternidad y prematurez

Paternidad y prematurez

La integración de la dimensión psicológica en las Unidades de Cuidados

Intensivos Neonatales

Conclusión general

Referencias

A continuación se detalla una lista de las siglas utilizadas en el contenido de este trabajo:

UCIN Unidad de cuidados intensivos neonatales.

UCE Unidad de cuidados intermedios.

RN Recién nacido.

RNP Recién nacido prematuro.

RNMBPN Recién nacido de muy bajo peso al nacer.

PC Parálisis cerebral.

SNC Sistema nervioso central.

CRAP Coeficiente de riesgo de amenaza de parto prematuro.

APP Amenaza de parto prematuro.

NIDCAP Newborn Individualized Developmental Care.

IDU Infant Development Unit.

C.I. Coeficiente de inteligencia.

MDI Índice de desarrollo mental.

PDI Índice del desarrollo psicomotor.

BRS Registro de comportamiento.

Siglas de técnicas de evaluación:

PSS:NICU Parental Stressor Scale- Neonatal Care Unit.

MSRI Maternal Self Report Inventory.

BDI Beck Depression Inventory.

FES Family Environment Scale.

CLIP Clinic Interview for parents of High-Risk Infants.

NBAS Neonatal Behavioral Assessment Scale.

NNNS NICU Network Neurobehavioral Scale.

BDI Escala Bayley de Desarrollo Infantil.

BDI II Escala Bayley de Desarrollo Infantil II.

DFH Dibujo de la figura humana.

Test GV de Bender Test Gestáltico Visomotor de Bender.

Wisc Escala de Inteligencia para niños de Weschler.

Agradecimientos

A la Dra. Alicia Oiberman, por sus consejos, críticas constructivas y agudeza de juicio en la dirección de la tesis en que se basa este libro, como así también por su estímulo y comprensión que me permitió continuar trabajando en un período difícil y lograr una auténtica forma de trabajo.

Al Dr. J. Ceriani Cernadas, por su apoyo y estímulo en el trabajo diario en la División Neonatología del Hospital Italiano, como así también por su supervisión y guía en los diferentes trabajos llevados a cabo conjuntamente.

Al Dr. C. Fustiñana, por la lectura y orientación de parte de este trabajo; porque supo captar lo esencial del mismo y estimular nuevos interrogantes.

A Ceriani Cernadas y a Fustiñana, por el reconocimiento que ambos tuvieron del significado del trabajo de un psicólogo en una unidad de cuidados neonatales, gracias a cuya opinión y apoyo pude continuar mi labor.

Mis agradecimientos también a los doctores E. Lupo y G. Mariani, A. Jenik, N. López, C. Garbaniati, y a todos aquellos médicos residentes, secretarias, becarios y puericultoras que de una forma u otra participaron en esta investigación.

A las doctoras V. Cravedi y D. Rodríguez por su cooperación en el trabajo de campo y sus consejos, como así también a los diferentes integrantes del equipo de seguimiento de niños prematuros del Hospital Italiano de la ciudad de Buenos Aires, Lic. C. Martínez y Lic. L. Guzzetti.

A todo el personal de enfermería del citado hospital, y en ellos agradezco a su jefa Lic. A. Leyton toda su ayuda,

apoyo, agudas observaciones y comentarios que contribuyeron a la formulación de ciertos puntos desarrollados en este trabajo y a mi integración en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Al Dr. L. Novali y Susana Diez por el tiempo dedicado a la lectura, corrección y consejos.

Quiero expresar muy especialmente mi agradecimiento hacia las familias y bebés prematuros que me permitieron compartir tanto con ellos.

Por último, a mi familia en cuyo seno fue gestada esta tesis, en especial a mi esposo Jorge por su apoyo emocional y el compartir nuestro tiempo con un tercero en discordia: "la tesis de doctorado" y a mis hijos Diego, Pablo, como así también a Cecilia, Carla y Noel, por su sostén afectivo e informático.

Carta de un prematuro a sus padres

A mis padres:

Para todos soy un prematuro
porque nací antes de tiempo.
Prematuro, como si fuera algo malo...
muchos me miran con aprensión,
otros con pena y compasión
y algunos hasta con curiosidad.

Pero yo quisiera decirles
a ustedes, mis padres
que por favor me miren como a un hijo.
No teman hacerlo.
Nacer antes de tiempo no es culpa de
nadie, y para querer y ser querido
no se necesita ser grande.

Es cierto que me falta ser más maduro,
y hasta entonces necesito de los demás,
especialmente de mis médicos

y enfermeras. Pero a ustedes,
mis padres, puedo verlos y sentirlos.
Necesito mucho de vuestro cariño,
como estoy seguro
ustedes también del mío.

¿Por qué no pensar que somos
afortunados por poder vernos antes?
Es bueno nacer ya grande
pero si igual estamos juntos
no es malo pesar poco y ser prematuro.

Ustedes son tal cual los imaginaba.
Yo diría que quizás aun mejor,
y cuando me miran y sonríen
me están diciendo ...
que lo mismo piensan de mí.

A veces los veo apenados
por no poder abrazarme y alzarme,
sin embargo por mi pequeño tamaño
una caricia de ustedes me colma de amor.

Desde mi incubadora veo a todos inmensos,
imponentes en sus uniformes.
Pero cuando llegan ustedes
sólo veo vuestros ojos,
y cuando me miran
me siento igual que antes
cuándo no había nacido.
Porque me siento protegido,
protegido y por sobre todas las cosas: **querido.**

No dejen de mirarme;
yo más que los veo, los siento,
y así estamos como antes,
como siempre... juntos.
Queridos padres: soy vuestro hijo,

el mismo que ustedes concibieron;
quizás no el que ustedes imaginaron
cuando primero me vieron.

Pero yo les doy una nueva oportunidad.
Todas las oportunidades
y tiempo que necesiten
para reponerse del susto,
para asumir los problemas que he provocado
y para reorganizar nuestra casa,
porque yo los quiero
y se que USTEDES a MI.

A. Miguel Larguía

Introducción general

A partir de las palabras del Dr. Larguía quisiera comenzar esta tesis que girará alrededor del nacimiento prematuro, del bebé y sus padres. Son palabras que reflejan de alguna manera aspectos que serán objeto de análisis y desarrollo teórico.

Fundamentación de la elección del tema

El interés sobre los niños nacidos prematuros y sus padres surge de una práctica que he iniciado en el año 1990 como psicóloga en una Unidad de Cuidados Neonatales e integrante del equipo de seguimiento de niños nacidos prematuros de la División de Neonatología del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires.

Dicho seguimiento, realizado por un equipo multidisciplinario, consistía en un acompañamiento a la familia y sus hijos desde el nacimiento.

Por otra parte, la labor desarrollada desde 1972 como maestra de ciegos me permitió el acercamiento a las experiencias vividas por algunos padres y alumnos en las unidades de cuidado intensivo neonatal, quienes relataban situaciones muy dolorosas en relación a la separación del niño y los avatares vividos durante la internación, y agravada por el futuro incierto del niño. En aquel momento, la retinopatía del prematuro era una entidad médica poco conocida, y los padres eran los que detectaban la pérdida parcial o total de la visión en los niños sufriendo aun más las experiencias dolorosas propias del nacimiento prematuro.

La integración al equipo de Estimulación Temprana del Servicio de Neurología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez me permitió el conocimiento de niños que, nacidos prematuros, quedaban con alguna secuela de origen neurológico o con cierto retraso psicomotor que se lograba revertir con algunas sesiones de estimulación temprana.

Tanto en unos como en otros casos, los padres hablaban de la hospitalización en la Unidad de Neonatología y de sus dificultades para contactarse con un bebé pequeño y para poder llegar a conocer sus necesidades. Expresaban, además, los temores y las angustias vividas durante la internación y el alta del bebé.

Las observaciones de la díada madre-bebé prematuro realizadas como parte de la formación en los Seminarios de Observación de Lactantes, coordinados por la Prof. Kamala Di Tella, permitieron, a su vez, un registro de los pequeños detalles y signos corporales alrededor de los cuales la vida psíquica del bebé comienza a organizarse, como así también de los sufrimientos corporales de estos bebés pequeños y sus padres.

La lectura del material en el seminario de aplicación del método de observación de lactantes (Bick, 1964), en este caso en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, permitió crear “un espacio mental” para poder plantear ciertos interrogantes acerca de la prematurez y la inserción del campo psicológico en ese ámbito de trabajo.

La investigación realizada con niños nacidos con menos de 1500 gramos en el Hospital Italiano, en la que se evaluó el crecimiento corporal y los trastornos que pudieran perturbar los procesos de aprendizaje, dió lugar a ciertos interrogantes que hacen a la condición de la prematurez y puso de relieve como estas primeras experiencias ligadas a un nacimiento antes de término marcan el devenir psíquico y el desarrollo del niño, además de las primeras interacciones con sus padres (respuesta dada por la mayoría).

Por otra parte, la lectura de investigaciones realizadas en los últimos años enfatiza las dificultades que encuentran los niños nacidos de bajo peso y edad gestacional a lo largo de su desarrollo. Sus desniveles cognitivos, instrumentales y psicológicos pueden estar relacionados con la prematurez y/o con conflictos familiares, o factores socio-económicos que la complejizan.

Por lo tanto, no se puede hablar de una única etiología patológica. La búsqueda de factores de influencia ambientalistas, tales como el nivel socio-económico y la educación materna, a las que remiten las investigaciones americanas, permiten pensar que el futuro de un niño prematuro no depende sólo de cuestiones biológicas.

Planteo del problema

La presente obra plantea que el nacimiento prematuro es tan prematuro para el niño como para los padres, y en especial para la madre.

Durante los últimos meses de embarazo se da en ambos padres un proceso por el cual comienzan a pensar en el hijo en gestación como ser diferente, personificado a través de la elección de nombres, compra de ropa, etc. A su vez, éste dará señales de presencia por medio de movimientos fetales que comienzan a adoptar ciclos y patrones de actividad que le permiten a la madre ir reconociéndolos para anticiparse a ellos.

Cuanto menor sea el tiempo de gestación, menor será la identificación por parte de la madre de éste como ser diferente: es una parte de su cuerpo que se pierde y los riesgos de desorganización afectiva son mayores.

Se encuentra, por lo tanto, a padres poco preparados para poder atravesar una situación como es el nacimiento e internación de un hijo con necesidades especiales; constituyendo esto un acontecimiento traumático de interrupción de un proceso.

La separación de su bebé que requiere cuidados especiales y que son brindados por otros sumerge generalmente a la madre en una “depresión reactiva protectora”, dando lugar al duelo anticipado ante el temor de la muerte de su hijo, como así también a otros duelos que deberán atravesar los padres a lo largo de la internación del niño.

Por su parte, el niño necesita los nueve meses de gestación para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero. Así podemos decir que la prematurez interrumpirá un proceso de “anidación biopsíquica”.

Las consecuencias de esta situación se reflejarán en las interacciones y representaciones del niño como “vulnerable o frágil”, como fue señalado, dificultando la posibilidad de modificación de esta representación si no se trabaja adecuadamente, tal como se observó en el grupo de padres de la investigación mencionada.

Abordajes clínicos-psicológicos llevados a cabo desde el nacimiento del niño prematuro y centrados tanto en el bebé como en el estado afectivo paterno, podrían tener una influencia en el futuro desarrollo del niño.

Se debe tener en cuenta que los avances en el cuidado de estos niños han significado un progreso notable en la neonatología moderna. Las Unidades de Cuidado Intensivo (UCIN), cada vez más eficientes, cumplen un rol fundamental en la disminución de la mortalidad infantil. Sin embargo, como fue señalado anteriormente, el nacimiento y la posterior estadía del niño en la Unidad de Cuidados Intensivos provoca reacciones diversas, en general intensas y perturbadoras, por parte de los padres. El estrés y la depresión materna, por ejemplo, son uno de los factores más frecuentemente observados, influyendo en los esfuerzos de reorganización posteriores al acontecimiento traumático de la prematurez.

Importancia del estudio

De acuerdo con un estudio realizado por la Sociedad Argentina de Pediatría, de un total de 80.000 nacimientos de diversos lugares del país ocurridos entre 1988 y 1990, la tasa de bajo peso (<2500 g) fue del 10%, y la de recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 g.) de 1,8 %, correspondiendo un 4% de los RN < 1500g a la zona del Gran Buenos Aires.

Las principales ciudades del país cuentan con unidades de cuidado intensivo donde son atendidos los niños prematuros.

Este trabajo se centra en aquellos niños nacidos con menos de mil quinientos gramos de peso y menos de treinta y tres semanas de gestación, que se denominan recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBPN).

El Programa de intervención psicológica sobre el recién nacido prematuro y sus padres implementado en las unidades de internación que se describirá más adelante muestra una modalidad de abordaje clínico asistencial transdisciplinario y multifactorial llevado a cabo en colaboración con los diferentes integrantes del equipo de salud neonatal.

El trabajo de investigación efectuado con una población de sesenta bebés prematuros de menos de 1500 gramos y 33 semanas de gestación y sus padres permitirá dar cuenta y explicar los hechos que se manifiestan ante el nacimiento prematuro y la necesidad de formar profesionales que puedan insertarse en las unidades de cuidado intensivo neonatal, creando un espacio para la atención psicológica tanto de los neonatos como de sus familias.

Sus propósitos son, entonces, lo siguientes:

1. Analizar la significación de la prematurez, a través del enlace entre la clínica y los aportes teóricos, para aportar nuevos conocimientos a la comprensión de los

- efectos de lo irruptivo del nacimiento prematuro, tanto para los padres como para el recién nacido.
2. Identificar factores que pueden interferir en el estado afectivo de los padres, durante la internación del bebé, y su influencia en las representaciones e interacciones padres-hijo. Asimismo, reconocer algunas posibles consecuencias que esta situación puede tener sobre el desarrollo emocional del niño.
 3. Resaltar la importancia de la creación de un espacio para “lo psicológico”, en las UCIN.
 4. Fundamentar la organización y sistematización de un Programa de Intervención Psicológica basado en el enfoque clínico desarrollado y llevado a cabo en las UCIN, sobre el recién nacido prematuro de muy bajo peso y edad gestacional y su entorno familiar.
 5. Sentar las bases para un trabajo interdisciplinario en las UCIN, orientando al equipo médico y de enfermería, en relación a las necesidades psicológicas del RN prematuro y su familia.

Para ello hemos dividido esta obra en tres partes.

En la primera parte de esta obra se plantearán cuestiones ligadas al cuidado de los recién nacidos prematuros, se analizarán las diferentes concepciones acerca de tiempo de gestación, parto, nacimiento y recién nacido prematuro desde la antigüedad hasta la creación de las unidades de cuidado intensivo y su funcionamiento, ligado a lo tecnológico en la actualidad. Estos recorridos históricos permitirán un primer acercamiento a la problemática de la prematuridad del niño y sus efectos en el vínculo con sus padres. Así se desarrollarán diferentes cuestiones teóricas que permitirán comprender la vulnerabilidad psicológica que trae aparejado un nacimiento antes de tiempo para el bebé y sus padres como sus efectos en la paternidad y representación del niño de mayor edad.

En la segunda parte se fundamentará la importancia de la creación de un espacio psicológico en las unidades de internación neonatal. Se describirán diferentes modalidades de intervenciones y se describirán distintos enfoques orientados al trabajo con el recién nacido prematuro, sus padres, entorno familiar y equipo de atención de la unidad de internación para fundamentar por último un abordaje transdisciplinario y multifactorial cuyos dispositivos terapéuticos darán lugar a un Programa de Intervención Psicológica basado en la hipótesis que el nacimiento prematuro interrumpe en los padres el proceso de anidación biopsíquica del futuro hijo, dando lugar a un suceso no esperado y produce una vivencia ligado a lo traumático y diferentes procesos de duelos que deberán atravesar. Se analizarán los momentos que atraviesa el recién nacido prematuro en relación a su maduración y vínculo con sus padres, y se plantearán objetivos y estrategias de intervención ejemplificadas con relatos clínicos.

En la tercera parte se desarrollará el trabajo de investigación llevado a cabo con una muestra de 60 recién nacidos prematuros con peso < 1500g. y sus padres. Los objetivos de la misma se centraron en conocer la influencia del Programa de Intervención Psicológica, evaluando el nivel de estrés y depresión materna.

Por último, en la cuarta parte se realizará una síntesis de lo planteado a lo largo de esta obra subrayándose los esfuerzos que desde el psíquico deben realizar tanto los niños nacidos prematuros como sus padres y entorno familiar señalando la necesidad de un espacio para lo psicológico en las unidades de internación neonatal.

Parte I
El nacimiento prematuro, el niño y sus padres

Capítulo I

El cuidado de recién nacidos prematuros

1.1 Introducción

Para comenzar ese trabajo, resulta preciso analizar primeramente las diferentes concepciones acerca de tiempo de gestación, parto, nacimiento y del recién nacido prematuro desde la antigüedad hasta la creación de las unidades de cuidado intensivo así como su funcionamiento, ligado a lo tecnológico en la actualidad. Estos recorridos históricos permitirán un primer acercamiento a la problemática de la prematurez del niño y los cuidados especiales que requiere en función de su edad gestacional, peso, complicaciones somáticas, etc. La confluencia de diversos factores biológicos, genéticos, médicos y psicosociales, determinan la cualidad “multifactorial” del nacimiento prematuro.

El recorrido de diferentes investigaciones que exploran los factores obstétricos y psicosociales que incrementan la amenaza de parto prematuro, o prematurez, permitirán integrar diferentes puntos de vista ligados tanto al recién nacido como a su madre.

1.2 Perspectivas históricas en el cuidado de los recién nacidos prematuros

Hipócrates (citado por Gélis, 1983) reconoce que los recién nacidos ya están constituídos en todas sus partes a los 7 meses de gestación, que es cuando se produce la rotación o versión interna del feto ubicándose cabeza abajo

en el canal del parto, y sostiene que si el parto se produce en esos momentos el bebé no corre riesgo de morir, pero a su vez aclara que para realizar esta rotación el bebé en gestación necesita tanta fuerza que se agota y debilita, debiendo esperar un mes para recuperar un cierto vigor y poder contar con fuerzas como para nacer en un tiempo justo.

Si el parto se produjera posteriormente a la rotación, o sea a los 8 meses de gestación, el bebé no contaría con las fuerzas suficientes para sobrevivir, ya que el octavo mes es empleado, según Hipócrates para recuperarse y prepararse para su nacimiento. En consecuencia, si la matriz se estremece o se sacude violentamente por los movimientos realizados por el feto a los 7 meses, y nace a los 8 meses de gestación, la posibilidad de sobrevivir sería escasa debido a la debilidad del organismo.

Esta idea de que el nacimiento es más propicio a los 7 meses de gestación ya había sido planteada por los griegos cuando se relatan los nacimientos de Apolo y Dionisio, que se produjeron a los 7 meses de embarazo (Gélis, 1983: 107). Otra opinión semejante la planteaban *Las leyes Hebraicas*, que establecían que los nacidos a los 8 meses de edad gestacional (como opuesto a los 7 y 9 meses) no alcanzaban el reconocimiento legal de su nacimiento hasta que el individuo cumpliera los 30 años (Harrison, 1946).

Esta presunción acerca de la fragilidad y vulnerabilidad de aquellas personas nacidas a los 8 meses de edad gestacional puede encontrarse aún en nuestros días.

La antigua medicina y la prematurez: la naturaleza decide

Según el historiador Jacques Gélis (1983), la mayoría de los manuales de ginecología de los siglos XVII y XVIII consideran que el niño puede nacer entre los 7 y los 11 meses de embarazo.

Françoise Mauriceau en su *Traité des maladies des femmes grosses et accouchées* publicado en 1668, considera que la fecha de la concepción debe ser calculada a partir del último día de la menstruación de las mujeres, y aclara que es el momento justo “cuando ha cesado por completo el color”; determinando la duración de la gestación entre 7 meses y 9 días a 11 meses y 10 días (citado por Gélis, 1983:106).

Por otra parte, oponiéndose a las ideas de Hipócrates, Mauriceau (1668, citado por Gélis,1983) plantea que el recién nacido puede sobrevivir fuera del útero solamente pasados los 7 meses de gestación, y aclara que los que lo hacen a los 8 meses tienen más fuerza para sobrevivir, y expresa la opinión general de que no hay “*una fecha fija de término del embarazo; la naturaleza decide, ella solo elige el momento para liberarse de una fuerza que la oprime*” (Mauriceau, 1668, citado por Gélis, 1983: 107)

En los siglos anteriormente mencionados, muchos nacimientos eran considerados prematuros, ya que las madres no sabían con precisión la fecha de concepción porque ellas se guiaban por sus propios cálculos, tomando como referencia el mes lunar, que es más corto. Esto traía cierta confusión en relación a la fecha establecida por los médicos, quienes se basaban en meses de 30 días. En esa época, la atención de un nacimiento prematuro o tardío podía plantear ciertas confusiones; por ejemplo, comprometer el honor de una familia o perturbar una sucesión.

Los juristas franceses, por ejemplo, necesitaban conocer con precisión el tiempo fijo de la concepción. Uno de ellos, Nicolás Venette sostenía, en 1686 (citado por Gélis, 1983), que un niño ilegítimo no podía participar en el reparto del patrimonio de una herencia.

Los textos de esta época (siglos XVII y XVIII) se refieren a los prematuros como pequeños maravillosos (Gélis, 1983: 109). Si pensamos que la mortalidad infantil era del 85 por

1000 para los niños a término, lógicamente que estos niños eran vistos como muy especiales; las malas condiciones de vida durante el embarazo, las enfermedades, infecciones, la fiebre puerperal, y la alta mortalidad perinatal que reinaban en esos días llevaban a pensar que la supervivencia de un niño prematuro tenía algo de milagroso.

Por ello, las matronas que se ocupaban del parto tenían siempre la tendencia a preservar la vida de la madre. Así, cuando el parto presentaba ciertas complicaciones, ellas se esforzaban por cuidar al recién nacido vivo, pero si la madre sufría luego de varias horas, si la cabeza del bebé no podía pasar por el canal de parto, o se presentaban otras dificultades, no dudaban en sacrificar al recién nacido.

Mauquest de la Motte, en su *Traité des accouchemens naturels non naturels et contre nature* (París,1765 citado por Gélis,1983) planteaba que si el bebé prematuro que lograba sobrevivir se prendía al pezón de la madre o nodriza luego del parto, era un buen signo.

Una de las preocupaciones de los cuidadores de estos bebés era evitar, como en todo recién nacido, la pérdida de calor. Así eran ubicados cerca del hogar de leña, envueltos en mantas. Plaquet en 1748 describe así este hecho: *“Es tan pequeño que uno piensa que los pañales y ropa que sirven para otros bebes son inútiles para él. Es ubicado en un pequeño cesto, rodeado de muchas hebras de lana o cuando se trata de un bebé de buena familia es rodeado de algodón”* (Gélis, 1983: 112).

Brouzet, en 1748, cuenta la historia de Marseillan, un niño que su madre dio a luz a los 5 meses de embarazo: *“De recién nacido tenía la forma de un feto. Durante los primeros 4 meses posteriores a su nacimiento permaneció sin llorar, sin succionar, sin hacer ningún esfuerzo aparente para alimentarse, sin ningún movimiento de brazos y piernas. Luego de los 4 meses hasta los 9 meses de vida, él emergió de golpe de esa especie de letargo. Comenzó a llorar, succionar, tomar el pecho. Movi6 sus extremidades a*

tal punto que a los 16 meses era tan fuerte como un bebé de su edad” (Gélis,1983: 110)

Las nociones de “nacimiento antes de tiempo”, “vulnerabilidad”, “fragilidad” y “discapacidad” se expresan a través de obras teatrales como Ricardo III, de Shakespeare, quien hacía referencia a su nacimiento prematuro como causa de su defecto físico (cojera). *“Una vez que los obstetras comenzaron a salvar a las parturientas de los peligros del parto y de las infecciones, con los procedimientos antisépticos, como lavado de manos con alcohol, esterilización de instrumentos, usos de guantes, (asepsia preconizada entre otros por Pasteur, en 1878), y los nacimientos comenzaron a realizarse en los hospitales, nuevos avances e instrumentos para salvar la vida de las embarazadas y los recién nacidos surgieron. Entre ellos los fórceps, cesáreas y el empleo de las incubadoras para asegurar la sobrevivencia de recién nacidos prematuros” (Rollet, 1996).*

1.3 Una incubadora para neonatos

Se denomina en la actualidad *incubadora* a un aparato cerrado para que los prematuros completen su desarrollo, y cuya temperatura, humedad del aire y aporte del oxígeno se regula con precisión. Los cuidados aportados al prematuro se realizan a través de aberturas.

El prototipo de la incubadora fue la “cuna de Ruehl”. Johann Georg von Ruehl (1769-1848, médico personal de la zarina rusa y médico del hospital principal imperial de San Petersburgo) creó, en 1835, la bañera de doble pared de chapa, para calentar a los recién nacidos de riesgo; contaba con un espacio hueco que se llenaba con agua caliente la que se cambiaba cada dos horas y su temperatura se controlaba de modo permanente.

Los recién nacidos que necesitaban calor permanecían tumbados en la bañera como si fuera una cuna cubierta con

un paño de batista, permitiendo así un baño de aire caliente.

La “cuna de Ruehl” se consideraba muy apta para poder salvar la vida a muchos recién nacidos. Sus beneficios se asocian con los esfuerzos que se realizaban en esos tiempos para mantener la temperatura de los recién nacidos prematuros.

Esta invención fue perfeccionada por el médico francés Denucé, de Burdeos, quien la denomina “incubadora para prematuros”, y por Credé, en Leipzig, en 1864 (Ceriani Cernadas, 1999).

Según Jacques Gélis (1983), en la segunda mitad del siglo XVIII, los médicos, la Iglesia y el Estado manifiestan su voluntad de salvar a los recién nacidos. Así es cómo surgen en Francia, por ejemplo, una serie de manuales y artículos consagrados al parto y la pediatría, y se comienza a pensar en el prematuro como un recién nacido que demanda una atención especial. Comienza, también, la observación del estado físico de las madres y su relación con el nacimiento de niños vigorosos.

Helen Harrison (1946) relata en su libro *The premature baby book*, luego de la guerra Franco-Prusiana, cómo la población francesa había quedado diezmada. Los médicos, entonces, se abocaron al cuidado y protección de los recién nacidos, y a la posibilidad de incrementar su sobrevivencia.

Fue así cómo un ginecólogo y tocólogo francés, Stéphane Tarnier, se interesó, en 1878, en una incubadora empleada en el zoológico para incubar huevos. Comenzó entonces a idear la posibilidad de crear una semejante para los recién nacidos prematuros.

En 1881 es usada la primera incubadora de aire caliente en la Maternidad de París. En este modelo, la temperatura del aire se podía mantener en forma constante y con facilidad, ya que el llenado de agua era más sencillo que en los modelos anteriores.

Uno de los discípulos de Tarnier fue Pierre Budin, considerado el “padre de la neonatología”. Este médico estableció una unidad especial para recién nacidos prematuros y enfermos, la cual consistía en un pabellón nuevo y aislado para los niños “débiles” (Rollet, 1996). Los cuidados brindados a los recién nacidos fueron de interés para Budin, ocupándose de la puericultura de los niños pequeños.

Este neonatólogo definió, en su libro *Manuel pratique d'allaitement*, publicado en 1907; al recién nacido prematuro como aquél que nace con un peso inferior a 2500 gramos, describiendo los cuidados especiales que requiere un prematuro y las complicaciones que pueden presentar en su cuidado. Estas giran alrededor de tres aspectos:

1. control de la temperatura,
2. dificultades en la alimentación,
3. vulnerabilidad y poca resistencia a las enfermedades.

Para el control de la temperatura emplearon la primera incubadora con aire humidificado, la cual contaba con una alarma eléctrica para calentar o recalentar el aire. Budin aconsejaba utilizar el aire de la calle o jardín, ya que lo consideraba más sano que el que circulaba por el ambiente hospitalario (Harrison, 1946).

En relación a la alimentación plantea un régimen específico. En su *Manual*, especifica tablas de cantidades diarias de leche que deben tomar los prematuros según el peso de nacimiento y aconseja la lactancia materna o la suministrada por una “ama de leche”. Este médico estimulaba a las madres de los prematuros a alimentar a sus hijos y a colaborar en la alimentación de los niños a término.

Para prevenir las infecciones sugería una estricta higiene y esterilidad, siguiendo las mismas reglas aplicadas en las maternidades y salas de operaciones (Rollet, 1996).

Budin daba importancia a los vínculos entre el recién nacido prematuro y sus madres, estimulando sus visitas al bebé. Proveía de anteojos de protección que permitían a las madres ver a sus hijos dentro de las incubadoras (Harrison, 1946).

Este neonatólogo afirmaba que era mucho mejor colocar la incubadora junto a la cama de la madre, pues no debía subestimarse la supervisión que ella ejercía sobre el niño.

Si se piensa en qué época y cuántos años han transcurrido desde la fecha en que Budin escribió estas palabras, las mismas adquieren un significado muy especial, ya que en la actualidad nos encontramos aún con profesionales que restan importancia al vínculo entre el recién nacido prematuro y sus padres.

1.4 La exposición de los recién nacidos prematuros

En 1896, un discípulo americano de Budin, Martín Couney, presentó en la Exposición de Berlín, las incubadoras con 6 bebés prematuros, que habían sido “prestados” por Virchow, por entonces Director del Hospital “La Charité” de Berlín. El público acudía a presenciar el espectáculo de “los niños que sobrevivían”, sin pensar en los sufrimientos que la prematurez acarrea (Cone, 1979).

Un año más tarde, en 1897, Couney (citado por Fava Vizziello, 1992) quiso llevar su “espectáculo” a la Victorian Exposition, en Inglaterra. En este país encontró oposición a presentar a bebés prematuros ingleses. Debió “reclutar” recién nacidos prematuros franceses que fueron transportados a Inglaterra, y esta circunstancia dio lugar a la creación de la incubadora de aire caliente que resultó más práctica para el transporte.

En 1899, Couney transportó las incubadoras a Estados Unidos, exhibiendo bebés prematuros en la Main Transmissisipi Exposition. Los padres dejaban en manos de