

Neonatología estandarizada vs. Neonatología personalizada. Por Mario Elman (neonatólogo)

Propongo revisar las "rutinas" que se realizan con **todos** los recién nacidos, y reservarlas para aquellos que las necesitan. Sabemos que más del 95% de los recién nacidos no requieren absolutamente nada, pero no sabemos cada uno en qué grupo va a estar.

La técnica y aparatología que es imprescindible en un bebé prematuro sería absurdo usarla en un bebé de 3,500 Kg. De la misma manera, las maniobras que se realizan en un bebé que nace con problemas deben diferir de aquellas que se realizan en un bebé aparentemente sano... Es desde este enfoque que a continuación analizaré todo lo que un neonatólogo "debe" garantizarse cuando revisa a un recién nacido y qué variantes no agresivas pueden reemplazar a las comúnmente usadas.

El primer punto que tomo en cuenta es la presencia del padre en la sala de partos: le asiste el pleno derecho si así lo desea. Y además de lo beneficioso que esto resulta para él, su pareja y el propio bebé (comparto con el Dr. Escardó la idea de que los que están presentes en un nacimiento se ligan al bebé de una forma muy especial), será el que esté todo el tiempo junto a su hijo y quien lo acompañe aún si el neonatólogo lo separa de la madre en algún momento o por algún motivo. Es el representante familiar que vela por el bebito cuando la madre está terminando con su alumbramiento, etc.

En el momento del nacimiento, el obstetra recibe al recién nacido y lo coloca sobre el pecho de la madre, aún conectado por el cordón umbilical. Le coloco compresas estériles y secas, preferentemente entibiadas previamente, para secarlo. Es verdad que en la evaporación del líquido que lo rodea, el bebé pierde mucho calor y eso es dañino para él. Por supuesto, la sala de partos debe estar a una temperatura cómoda para él y no para nosotros, por lo que ya hemos apagado el aire acondicionado, y en invierno la hemos calentado con estufas (sale de estar a 37°C)! Se puede demorar un rato la revisión del bebé y permitir que los padres lo conozcan ya fuera de la panza y establezcan un vínculo más directo con él, siempre y cuando no necesite ayuda inmediatamente. En mi experiencia, si en ese momento el neonatólogo lo inspecciona, los padres lo sueltan y le miran la cara al médico para ver si está todo bien. En cambio, si está atento pero no actuante, al establecer los padres ese vínculo al cual me refería, ya no hace falta que otro venga a decir cómo está...Si el padre mira pero no toca, suelo pedirle que le apoye las manos en la espalda para darle calor, y así se siente útil y participa activamente.

La ligadura del cordón no fue mencionada hasta ahora. ¡Es que todavía no la hicimos! La ventaja es que como el bebé nunca respiró hasta el momento y está empezando a hacerlo, lo hace más cómodo si recibe oxígeno por el cordón mientras tanto. Leboyer comparaba las

primeras respiraciones con las de un adulto que nunca fumó y se pone un cigarrillo en la boca: irritación, quemazón, etc. Si no le ligamos el cordón va respirando de a poco, pero si no tiene otra fuente de oxígeno lo hace de golpe y el llanto fuerte marca la diferencia. El miedo a usar este método es que se produzca pasaje de sangre de la placenta al bebé o viceversa a través del cordón. El Dr. Ceriani Cernadas, actual Jefe de Neonatología del Hospital Italiano, investigó hace más de diez años este tema y concluyó que si la diferencia de altura entre el bebé y la placenta no supera los diez centímetros y si el cordón late, este peligro no existe (\*). La ligadura la realiza el obstetra cuando el recién nacido ya regularizó su respiración, siempre que el latido no haya cesado antes. Si el bebé tiene alguna dificultad para comenzar a respirar, ligando tardíamente el cordón y masajeándolo suele poder hacerlo en la mayoría de los casos, evitando una serie de maniobras violentas e invasoras para "ayudarlo" a que respire.

Si el obstetra no colocó al recién nacido sobre la madre y se lo entrega al neonatólogo, éste **debe** al menos mostrárselo a la madre, y si es posible, ponerlo él sobre el pecho materno. No hay causa que lo impida! Aún si no respira y hay que efectuarle maniobras para ayudarlo, igual se puede pasar al lado de la madre y mostrárselo. El Dr. Marshall Klaus investigó en humanos lo que se sabía de los animales: si a una oveja que está pariendo se le saca una cría sin dejar que le pase la lengua y la reconozca como propia y se la entrega luego de unas horas, la rechaza y no la amamanta. Si, en cambio, dejamos que la reconozca y luego la sacamos por el mismo tiempo, la acepta. Si le acercamos durante el parto un animalito de otra especie, por ejemplo un perrito recién nacido, lo lame y lo adopta como cría propia. Con el humano pasa lo mismo, y hasta cinco años más tarde un observador mirando el vínculo madre-hijo, puede darse cuenta si le mostraron o no el hijo a la madre ni bien nació! Estas experiencias de Klaus se hicieron hace más de 25 años y se repitieron en otros lugares del mundo con el mismo resultado, por lo que destaco la importancia de este simple hecho.

Volviendo a la sala de partos, tenemos al recién nacido sobre el pecho materno con ambos padres acariciándolo y festejando el nacimiento. La mayor parte de la revisión se puede hacer ahí, sin sacarlo. Dedicuémosle un pequeño comentario a la primera mamada: hay una corriente de pensamiento que opina que cuanto antes se prenda a la teta, mejor. Creo, personalmente, que es una decisión de la madre y del bebé en la cual trato de no interferir. Si quieren en ese momento amamantar, bienvenido sea. Si necesitan más tiempo e intimidad, los respeto. Me parece negativo presionarlos, y creo que en la lactancia, cuanto más acompañemos y menos indiquemos, tanto mejor. Y aprovecho para agregar que la mamada es un vínculo de dos, y como tal requiere un conocimiento mutuo y una adaptación entre ambos comparable incluso con una relación sexual. Por lo que la "primera vez" debe ser descargada de la responsabilidad de ser

perfecta y de la fantasía de que permitirá sacar conclusiones de cómo será en las posteriores mamadas... ¡Es sólo la primera vez!

Ya pasó un rato desde el nacimiento, y entonces podemos pedirle prestado el recién nacido a la mamá, por supuesto con la presencia constante del padre. Hay muy pocos centros asistenciales que tienen un lugar dentro de la sala de partos preparado para atender al bebé. Por eso, lo llevamos a un cuartito cerca de la sala de partos. En ese lugar cambiamos la pinza que le puso el obstetra para cerrar el cordón por el clamp de plástico que quedará puesto por los primeros tres días. Cortamos el excedente de cordón (no le duele porque el cordón no tiene sensibilidad). Y luego completamos lo que nos falta de la revisión.

Ya expliqué por qué no hace falta revisarlo inmediatamente al nacimiento, salvo necesidad de ayuda, en cuyo caso se lo mostramos a la madre y luego lo llevamos con el acompañamiento del padre. Y en la revisión no hace falta hacer un certificado de 0 Km. que dure por veinte años, sino que se puede ir progresivamente en los primeros días obteniendo más y más datos. Esto tiene que ver, por ejemplo, con una maniobra muy molesta que se usa para saber si la cadera se mantiene en su lugar (descartar luxación congénita de cadera). Para esto hay por lo menos seis meses de tiempo. Además, por una hormona que recibe el bebé de la madre (relaxina), al nacer no es muy fidedigna esta maniobra. Por eso, podemos postergar esta investigación y no hace falta hacerla en el primer momento. Otro ejemplo es la certificación de que el intestino termina en el ano, para lo cual se le pasa una sonda (tubito de plástico) a través del ano. En algunos casos el bebé ya hizo caca (meconio) por lo que la maniobra rutinaria de pasarle la sonda es absurda. Y si el bebé no hizo caca se puede esperar las primeras 24 hs. Transcurrido este tiempo sin deposición, podemos ocuparnos de certificar si el ano es permeable sin correr riesgos de complicaciones, y sin agregarle sufrimientos inútiles en sus primeros momentos de adaptación al medio.

Hay otras maniobras molestas que dan datos que sí son imprescindibles en la revisión inicial. Es obligación del neonatólogo (según mi criterio) usar su ingenio y creatividad para inventar otras formas de conseguir los mismos datos pero en forma menos agresiva. Por ejemplo, hay una malformación (atresia de esófago) en la cual el conducto que une la boca con el estómago está interrumpido, pero además va acompañada en muchos casos con una unión con la vía respiratoria. Esto hace que si el bebé traga leche, ésta vaya a parar al pulmón, generando una complicación riesgósísima para su vida. Para eso se le pasa una sonda por la boca hasta el estómago. Personalmente he reemplazado esta técnica por la de darle a tomar un sorbo de agua destilada (desde una jeringa sin aguja) escuchando con el estetoscopio como llega al estómago. Dejo la sonda para los pocos casos en que tengo dudas. Además, contamos con los datos de la

ecografía previa (en que tendría que verse), además de que en estos casos hay aumento del líquido amniótico.

De la misma manera, para probar los reflejos se lo asusta al bebé dejándolo caer hacia atrás (reflejo de Moro). Personalmente, lo reemplazo por probar la succión, pues es un reflejo más sofisticado que se pierde primero por cualquier patología neurológica. Si la succión no está alterada tampoco lo estará el Moro. Este reflejo, se usa en forma muy cuidadosa, en los casos en que uno debe comparar la movilidad de los dos brazos y el movimiento espontáneo no resulta suficiente o genera dudas (fractura de clavícula o tironeamiento de los nervios que van a los brazos).

Se les coloca unas gotitas en los ojos porque al pasar por el canal del parto pueden hacer una conjuntivitis, que si es la gonocócica es muy peligrosa. Antes se usaba nitrato de plata que tiñe de marrón y es muy irritante. Se reemplazó por otros colirios que son transparentes y no arden. Esto es obligatorio por ley, por tanto lo utilizo en los partos por vía vaginal. Es ridículo usarlo en los nacidos por cesárea, aunque en la mayoría de los centros asistenciales figura en la rutina de todos los bebés!

Por fin, se les toma la huella plantar para identificarlo, y le adjuntan la digital de la madre. Es obligación legal hacerlo, pero en mi experiencia, si se hace con cuidado, para nada le molesta al bebé. Es verdad que no tiene mucho sentido si la madre estará al lado de su hijo todo el tiempo, pero le garantiza a todos que no puede haber confusión o mezcla de hijos.

Hay otra práctica que es obligatoria: la administración de vitamina K. Esta vitamina no la fabrica el cuerpo sino los gérmenes que tenemos en el intestino. Como el recién nacido no tiene gérmenes, tarda unos días en poder fabricarla. Y la vitamina K actúa en la coagulación de la sangre, por lo que su falta produce en algunos casos sangrado, que en mi experiencia se limita al sistema digestivo o al aparato urinario. Está descrito algún extremadamente raro caso de sangrado cerebral. Y lo malo de todo esto es que la vitamina K se administra en inyección intramuscular. Hace años que se está buscando una que se pueda dar por boca, pero aún es de efecto dudoso. En lo personal, me baso en una experiencia que se hizo en la Maternidad Sardá hace ya muchos años en que por falta de jeringas descartables dejaron de aplicarla a todos aquellos que no hayan nacido prematuros, con sufrimiento fetal o por cesárea (porque era más riesgosa la infección si usaban jeringa de vidrio reesterilizada). Durante un año usaron este sistema con excelentes resultados, pero no sacaron estadísticas, por lo cual muchos le restan validez a la experiencia. Entenderán por qué yo la uso en prematuros, con sufrimiento fetal o nacidos por cesárea en forma inyectable, y al resto se la doy por boca (cumpló con la ley).

Considero también que no hay motivo para separar al bebé normal de su mamá, pues debe ir a la habitación con ella y

permanecer todo el tiempo ahí (inutilidad de la nursery). Y pienso que no hay mejor fuente de calor que estar apoyado en el pecho materno en el caso del bebé normal. El que nace con algún problema y debe ser trasladado a la Unidad Neonatal, también puede recibir un trato más humanizado respecto al que habitualmente se da, pero es motivo de otro trabajo.

En definitiva, creo importante la entrevista prenatal con el neonatólogo: para conocerlo personalmente (ya que durante el parto no es buen momento) y además para saber que línea de trabajo sigue y en base a eso elegir. Creo que es más fácil poder elegir al que coincida más con vuestros conceptos que pedirle a un médico que haga lo que uno quiere...

Mario Elman, mayo 2001  
Pediatra Neonatólogo

(\*) Y ahora (septiembre de 2001) se confirmó, próxima campaña de Unicef, SAP y Ministerio de Salud, de lo importante que es ese flujo sanguíneo hasta que el cordón cese de latir, por el aporte fundamentalmente de hierro, aporte que salvaguarda al bebé de padecer anemia.