

EL PRIMER ABRAZO.
ENTREVISTAMOS AL DR. ANTONIO PAVÓN ACERCA DE LA
TÉCNICA PIEL CON PIEL



TdP

La principal consecuencia de separar a las madres y sus bebés tras el nacimiento es, en primera instancia, un empobrecimiento de la regulación y de la protección del cuerpo y el cerebro del bebé (es decir, afectación física, neurológica y emocional), y esto lleva a una conexión emocional pobre y a una vulnerabilidad aumentada frente al estrés para toda la vida. “Solíamos pensar que el cerebro del recién nacido estaba

“apagado”, y comenzaría su desarrollo después de algunas semanas de vida. En realidad, el cerebro está lleno de potencial para desarrollarse desde el momento del nacimiento y es el cuidado madre canguro el que hace posible este mejor desarrollo.

Nils Bergman¹

1

Tdp.— Nuestro quehacer cotidiano con los pacientes implica mejorar las relaciones afectivas, a veces dañadas desde los inicios de la vida. La Técnica de “mamá canguro” brinda al ser humano tras nacer el mejor de los comienzos. ¿En qué consiste el contacto piel con piel, como método aplicado a bebés?

Dr. A Pavón.— El contacto piel con piel es poner en contacto directo desde el momento del nacimiento, al bebé con el cuerpo de la madre. Creo que es lo más natural que hay en la naturaleza, es así en otros mamíferos. Es fisiología, es algo instintivo, lo pare y lo acerca a su cuerpo. Lo que yo he podido aprender en este tiempo es que el contacto es muy importante para los humanos. Mucho más para un recién nacido. El contacto físico calma al bebé. Cuando lo exploramos, llora, entonces le ofrecemos un dedo, él se agarra, aprieta como puede y deja de llorar. No se trata solo de un acto reflejo, también se tranquiliza. Los profesionales que se van formando aquí, generalmente aprenden y exploran al recién nacido cogiéndole una mano, recurriendo al tacto para calmarlos. Que algo tan sencillo les tranquilice tanto, nos muestra los requerimientos tan altos de contacto físico que tiene el recién nacido.

¹ Nils Bergman es un pediatra neonatólogo conocido por sus estudios sobre la técnica de “piel con piel”. Texto procedente de cursos recogidos en el libro editado por “Kangaroo Mother Care Promotions” (2010), 147 páginas.

Tdp.— Esta forma de actuar parece que comenzó en Colombia como consecuencia de una situación económica difícil y penosa de carencia de recursos para ayudar a los prematuros. Al parecer, no había máquinas suficientes para los bebés y en su defecto los pusieron en contacto directo con el cuerpo de las madres y se vio que salían hacia adelante. Eran los años setenta. ¿Cómo empezó el método aquí, en este Hospital?

Dr. A Pavón.— Bueno, el cambio fue paulatino, recuerdo que cuando llegamos a este hospital infantil los niños ingresados tenían un pasillo perimetral en las salas desde donde podían ser vistos por sus padres a través de los cristales. En ningún caso los niños permanecían con sus padres. Algo muy antinatural y tan solo hace 50 o 60 años de eso.

Tdp.— Pero eso se hacía, supongo, para evitar contagios de virus, de bacterias, ¿no? Para que los gérmenes no les alcanzasen.

Dr. A. Pavón.— Efectivamente, algo de eso había. A finales de los años cincuenta, principios de los sesenta reinaba esta política hospitalaria. Cuando se abren las primeras UCIs de neonatología en EEUU, existía la prohibición absoluta de que entraran los padres en ellas, de modo que no contactaban con su hijo recién nacido. Esta legislación respondía al temor a que fueran contagiados por el Estafilococo Aureus que producía infecciones muy graves en prematuros. Fue después de la intervención de la Dra. Edith Jackson, que contraviniendo la ley permitió el contacto de los bebés con sus padres para verlos, alimentarlos, etc. aun a riesgo de ser penalizada. A partir de ese momento, se desarrollaron estudios al respecto y hay un riguroso trabajo en la UCI neonatal de Yale-New Haven Hospital que echó por tierra el modus operandi del momento, al comprobarse que las infecciones se seguían produciendo a pesar de dejar fuera a los padres, de modo que se admitió el contacto de padres y neonatos prematuros sin que se disparasen las infecciones. Una sencilla norma de lavado de manos era el protocolo necesario y suficiente para permitir este acercamiento. A partir de ahí, comenzó a cambiar la mentalidad y dio cauce a un mayor contacto

de los padres con sus hijos prematuros. Suecia, Noruega, fueron de los pioneros en su puesta en marcha en Europa.

Tdp.— Supongo que los cambios se producirían paulatinamente introduciendo cada vez más naturalidad en el contacto de los padres con sus recién nacidos, sean estos prematuros o nacidos a término. ¿Nos podría explicar cómo se desarrolló en esta unidad del HUVR de Sevilla?

Dr. A. Pavón.— En este Hospital, desde finales de los noventa y principios de este siglo aproximadamente ya entraban los padres en algunos momentos en las UCIs neonatales para alimentar y ver a sus bebés. El paso más llamativo se dio a partir de 2011 con motivo del traslado desde el Hospital Infantil al actual emplazamiento en el Hospital de la Mujer pues se instauró la técnica *piel con piel* desde el inicio y de forma generalizada.

Tdp.— ¿Cuánto dura el contacto piel con piel y desde qué momento se pone en marcha?

Dr. A. Pavón.- Normalmente, si el niño no requiere reanimación, la matrona le da el bebé a su madre y lo coloca en su regazo, o en el abdomen, aun antes de cortar el cordón umbilical, cuidando que esté situado a la misma altura de la placenta. Tras la primera respiración del bebé se produce una vasoconstricción, aumentan las resistencias periféricas y disminuye la resistencia pulmonar, entonces la circulación cambia brutalmente. Y estos cambios se dan solos, espontáneamente. Entonces, cortamos el cordón. Es un momento duro, de transición a la vida extrauterina que suele salir bien. Durante la primera hora se respeta el contacto piel con piel madre-bebé sin intervenir, solo vigilando que se encuentren bien. Ni siquiera el lavado del bebé se realiza hasta que no han pasado 24-48 horas. Hay casos más complicados, como una cesárea o en neonatos muy prematuros, en los que hay que intervenir con ayudas externas porque no están estabilizados y aun así, siempre tratamos de salvar el contacto con la madre como algo prioritario,

que lo pueda tocar, besar, permanecer con él. Tenemos pendiente, sin embargo, en este hospital una unidad de recuperación tras la cesárea que permita el contacto piel con piel al cien por cien.

Tdp.— La maternidad representa una revolución hormonal que cambia las emociones y a veces puede despertar ansiedades paranoides o depresivas. ¿Se os ha dado el caso de madres que rechacen este contacto inmediato con su hijo?

Dr. A. Pavón.— Hemos tenido la experiencia de mujeres que van a entregar a su hijo en adopción y lo saben desde antes del parto. En estos casos, generalmente no desean el contacto con el recién nacido ni la vinculación con él. Se suele tratar de inmigrantes y traen con ellas carencias y necesidades. No es muy frecuente, pero en un centro hospitalario de este nivel se observan cada año dos o tres casos. Y salvando estos casos, lo habitual que sucede es que las madres acogen con deseo el contacto con su bebé.



En esta imagen podemos ver el primer contacto piel con piel entre madre y recién nacido tras nacimiento mediante cesárea. Sólo han transcurrido unos minutos desde el nacimiento; el tiempo imprescindible para que se acomoden madre e hijo. Pese a los intensos y bruscos cambios fisiológicos ocurridos en la transición a la vida extrauterina, obsérvese la relajación que traducen las facies y la mirada despierta del recién nacido, reflejo inequívoco que ha conseguido la autorregulación y el bienestar físico necesario. Pero la imagen es reflejo, sobre todo, de la intensa conexión emocional entre madre y bebé de la que habla Nils Bergman.

Tdp.— ¿Lleváis algún tipo de registro o de estudio que demuestre los beneficios de la técnica canguro o piel con piel?

Dr. A. Pavón.— Tenemos el registro retrospectivo de estos últimos años con respecto a los anteriores, y hay también una intervención que nosotros hacemos midiendo unos parámetros de salud, que no es exactamente que lo hayamos diseñado para medir esto, pero que nos permite saber los resultados sobre la salud. Son como un indicador de salud perinatal o salud del gran inmaduro, es decir, del niño que pesa por debajo de los 1500 gramos. Esos datos sí los vamos conservando y posteriormente los elevamos a la Sociedad Española de Neonatología. Se unen a los ofrecidos por otros hospitales y al compararlos con datos de años anteriores se observa cómo va aumentando la salud del neonato prematuro. Y no solo el contacto físico, también alimentarse con leche materna, ha disminuido el riesgo del prematuro, de modo que podemos concluir que sí que hay un beneficio claro del método piel con piel sobre la supervivencia del prematuro. Además, este contacto entre madre e hijo ha demostrado ser el mejor facilitador de la lactancia materna de la que ya conocemos sus virtudes, como es la disminución de casos y de gravedad del cuadro de la enterocolitis necrotizante del prematuro. Por otro lado, el agarre al pecho es un elemento clave para que se liberen todas las hormonas necesarias que aseguran y dan estabilidad

cardio-respiratoria. Y esto sucede con una mano ajena, de modo que si la mano que lo contiene es la de la madre, con sus feromonas, su olor, tacto, voz, el efecto es mucho mayor. Oír el latido de la madre, relaja al bebé de la UCI. Vemos cada día en los niños monitorizados que, cuando están inquietos, estresados, taquicárdicos, los tocas, los contienen con la mano y notas que les bajan las pulsaciones, que se van relajando. Aconsejamos, por lo tanto, el mayor tiempo posible de contacto con la madre canguro. Esto se facilita alojando conjuntamente madre y bebé. Ya existen al menos dos centros con este tipo de habitaciones en UCI. Esto es un avance importante que va en aumento. Esperamos que lo podamos incorporar aquí. También tenemos un banco de leche materna desde 2016 que permite conservar leche materna e incluso donarla.

Tdp.— Desde el psicoanálisis y la salud mental en general se transmite esta importancia de la contención emocional y física del recién nacido. Incluso, Nils Bergman defiende que los primeros 1000 minutos de la vida de un ser humano determinan su salud, su carácter, su equilibrio emocional... ¿Ha intervenido el servicio de salud mental en la puesta en marcha del método canguro?

Dr. A. Pavón.- Sí, desde hace años, compartimos reuniones, encuentros, sesiones clínicas en las que los psiquiatras de la USMI o los de la Unidad de Agudos de este hospital, nos transmiten su apoyo en el mayor contacto posible de la madre con su hijo recién nacido, tanto a término como prematuro.

Desde esta unidad hemos solicitado, además, apoyo psiquiátrico o psicológico especialmente para los padres que en ocasiones pasan por situaciones difíciles de llevar, como un gran inmaduro que tiene una perspectiva por delante de tres meses de hospitalización, o incluso padres que pierden a sus hijos. Lo ideal sería una intervención más preventiva.

Tdp.— Cuando la Dra. Alonso, psiquiatra de la USMIJ venía aquí a hacer las sesiones clínicas ¿hablaba con los padres o hablaba con los profesionales? ¿Con vosotros?

Dr. A. Pavón.— Con los dos. Todo ha sumado, han sido muchos los profesionales que han ayudado a que consigamos avanzar en esta tarea de proporcionar el mejor ambiente al recién nacido y a su madre. Desde la salud mental y desde las personas que han ido coordinando esta unidad anteriormente. Gracias a ellos hemos salido de la inercia anterior que era puramente biologicista.

Tdp.— ¿Sigue habiendo controversias entre los profesionales respecto a esto?

Dr. A. Pavón.- Yo diría que ya no, que la evidencia de sus beneficios se ha impuesto. En los comienzos del método NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), Heidelise Als publicó sus comprobaciones sobre prematuros. Se centró en eliminar estímulos negativos y nocivos para el neurodesarrollo y cambiarlos por otros facilitadores, como el contacto piel con piel, es decir, controlar el microambiente, el posicionamiento, cómo está tendido el niño, como lo tenemos acondicionado. Antes no se cuidaban estos detalles o se consideraban algo más secundario. Ella empezó a colocar a los niños de manera más anatómica posible, a observarlos, a eliminar el ruido y cuidar el ambiente, el posible dolor, a tratar de ofrecerles los cuidados que requerían para conseguir una mejor autorregulación y relajación. Y demostró que mejoraban los resultados medidos en parámetros biológicos, es decir, se les quita antes el respirador, tienen menos displasia pulmonar, etc.

Este método valora la individualización tratando de darle a cada recién nacido lo que necesita en cada momento. A veces, encontramos prematuros con frecuencias cardíacas de 180 o 190 sin que haya ningún motivo físico-orgánico para ello, no están sangrando, no tienen infección, debe ser por otra cosa. Y cuando lo tocas y se calma, baja a 150 latidos, y ves que hay algo más que le está pasando.

Tdp.— Esto que cuentas es importante porque habla de las necesidades emocionales del ser humano desde que nace, la necesidad en este caso de ser contenido, tocado, acompañado.

Dr. A. Pavón.— No solo somos biología. Hay dos centros en España que forman a los profesionales en estos cuidados. Uno está en el Hospital de Vall d'Hebrón de Barcelona y el otro en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. Hoy en día está ya más sistematizado, incluso hay trabajos que demuestran a través de neuroimágenes (resonancias magnéticas) que el método canguro en concreto, incluso medido en horas, está relacionado con el tamaño de ciertas estructuras cerebrales. La posición del prematuro estimula positiva o negativamente su cerebro a través de las vías propioceptivas. La impronta tiene trascendencia en el desarrollo. Más allá de esto, el bebé nos transmite una emoción, un estado. La mayoría de los pediatras tenemos la sensibilidad de poder captar estas sensaciones desde recién nacido. Estas sensaciones nos sirven para proporcionarle lo que necesite en el hospital, al margen de sus parámetros biológicos. Cada bebé tiene una mirada diferente. Recibimos emociones de ellos y de sus padres. Esto hace que la intervención preventiva de salud mental sea tan importante aquí. En el presente intervienen sobre todo en el código Mariposa, que es cuando fallece un prematuro, se proporciona a los padres diversas herramientas de alivio, así como un seguimiento. Hemos avanzado en esta sensibilización, estimulando la vinculación entre el recién nacido y su mamá mientras esté vivo. Tenemos una unidad pionera en Andalucía de cuidados paliativos perinatológicos, dirigida por la Dra. Ferrari que se ocupa de todo este proceso de atención al prematuro que muere o morirá con seguridad, y de su familia.

El Dr. Antonio Pavón ejerce como neonatólogo en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) de Sevilla desde hace más de 30 años, donde ha sido testigo no solo de los grandes avances técnicos experimentados por la especialidad, sino también de la implantación del modelo de cuidados actual, centrado en el neurodesarrollo del recién nacido y la atención de su familia.

Entrevista realizada por M^a del Carmen Saavedra Mateos, co-directora de Temas.