

Boletín de la SPAO

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL



EDITORIAL. GRIPE AVIAR: AMENAZA DE PANDEMIA - J. UBEROS

PROTOSCOLOS. CUIDADOS NEONATALES CENTRADOS EN EL DESARROLLO. A. RUIZ-LÓPEZ Y COLS.

HUMANIDADES. "CAMINANDO JUNTAS" UN PROYECTO DE CARITAS DIOCESANAS PARA GRANADA: MAS QUE MUJERES - A. GÓMEZ VÉLEZ Y COLS.



Boletín de la SPAO

(ISSN: 1988-3420) Órgano de expresión de la
Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental

Editores Jefe

Antonio Muñoz Hoyos
José Uberos Fernández

Editor Asociado

Antonio Molina Carballo

Director honorífico

Gabriel Galdó Muñoz

Consejo editorial

Gabriel Galdó Muñoz
Carlos Ruiz Cosano
María José Miras Baldo
Eduardo Narbona López
José Antonio Hurtado
Carlos Roca Ruiz
Juan Manuel Fernández García
Emilio José García García
José María Gómez Vida
Francisco Giménez Sánchez
Francisco Javier Garrido Torrecillas
Julio Ramos Lizana
José Miguel Ramón Salguero
Enrique Blanca
Antonio Jerez Calero
Pilar Azcón González de Aguilar
José Maldonado Lozano
Carlos Trillo Belizón
María del Mar Vázquez del Rey
Antonio Bonillo Perales
Adolfo Sánchez Marengo
Carlos Jiménez Álvarez
Ana Martínez-Cañabate Burgos
Francisco Girón Caro
José Murcia García
Emilio del Moral Romero
María Angeles Vázquez López
Víctor Bolívar Gallano
Ana María Gómez Vélez
Manuel Molina Olla

Granada, España
Gran Vía de Colón 21-3º
contacto@spao.info

Normas de Publicación en
http://www.spao.info/Boletin/normas_publicacion.php

Publicación trimestral

CONTENIDOS

Boletín de la SPAO vol 7, 2. 2013

Editorial

Gripe aviar: amenaza de pandemia.

J. Uberos. Editor Boletín de la SPAO.

Págs. 36-8.

Protocolos

Cuidados neonatales centrados en el desarrollo.

Aida Ruiz López, Rocío Rodríguez Belmonte, M^a José Miras Baldo, Concepción Robles Vizcaino, Antonio Jerez Calero, Antonia González Linde, M^a Sagrario Fernández Pérez, Mercedes Ruiz Hernández, Raquel Piñar Molina, M^a José Ortega, Teresa Muros Guerrero, M^a Soledad Rodríguez Jiménez

H. Clínico San Cecilio de Granada. Págs. 39-59.

Revisiones

Actualización en la profilaxis de endocarditis bacteriana en la infancia.

M. Lorenzo Liñan, N. Strate Pezdirc, E. Blanca Jover

H. Clínico San Cecilio de Granada. Págs. 60-4.

Bioética

Amar la vida (Wit).

F. Moreno Madrid. UGC Pediatría. H. Clínico San Cecilio de Granada. Págs. 65-72.

Humanidades

“Caminando Juntas” Un proyecto de Cáritas Diocesanias de Granada: Más que para mujeres

A. Gómez Vélez y M.J. Díaz. Cáritas Diocesanias (Granada). Págs. 73-76.

Cubierta: La ilustración de la portada de este número hace referencia a una miniatura del llamado Atlas catalán atribuido a A. Cresques, 1373. Edición facsímil. Biblioteca Central. Barcelona.

Gripe aviar: Una amenaza en potencia

Jose Uberos

Editor Boletín de la SPAO

Editorial

En el transcurso del pasado siglo se han venido produciendo pandemias de gripe coincidiendo con variaciones mayores en los antígenos del virus. En la epidemia de 1918, mal llamada "gripe española" se registró una tasa cruda de mortalidad de 218 casos por 100.000 habitantes; esa epidemia coincidió con la aparición de la variante H1N1 de influenza A. Posteriormente, en 1957 la aparición de la variante H2N2 de influenza A dio lugar a la epidemia de "gripe asiática". Hoy se tiene la certeza de que la variante H1N1 fue en realidad una cepa aviar adaptada a humanos. Aunque existen otras variantes de gripe aviar que se han propuesto como candidatas para originar una pandemia como la H7N7 o la H9N2. Existen algunas características de la variante H5N1 de la gripe aviar que la identifican como candidata a originar una pandemia de gripe en los próximos años (1).

- La variante H5N1 y varias sublíneas de ella derivada son endémicas en aves y altamente patogénica.
- Las poblaciones humanas son inmunológicamente vírgenes a las variantes del virus de la gripe H5N1.
- La mortalidad en humanos por H5N1 esta cercana al 50%.

Se ha demostrado la posibilidad de transmisión desde las aves a humanos, aunque la transmisión por el momento entre humanos es poco eficiente.

El factor de riesgo de más peso reconocido en la actualidad es el contacto estrecho con aves. Está demostrado que el virus de la gripe H5N1 puede afectar también a otros mamíferos como perros o gatos. El periodo de incubación es de 2 a 5 días. En el momento actual el desarrollo de una epidemia por H5N1 supondría que el virus ha mutado y se ha hecho más infectivo entre humanos que las variantes actuales. La sustitución de aminoácidos en la proteína básica 2 polimerasa (PB2) se ha relacionado con la adaptación del virus a mamíferos, replicación en el ratón a las temperaturas habituales en el tracto respiratorio. Las células diana para replicación del virus H5N1 son los macrófagos y los neumocitos tipo 2 de los alveolos. Se ha sugerido que la replicación del virus en células del aparato gastrointestinal es posible.

Los hallazgos anatomopatológicos tras la infección por H5N1 incluyen lesión alveolar difusa con formación de membrana hialina, infiltrados linfoplasmocitarios intersticiales, bronquiolitis con metaplasia escamosa y congestión pulmonar con grados variables de hemorragia.

La mortalidad por H5N1 observada hasta el momento es mayor e personas de 10 a 19 años de edad y algo inferior en personas mayores de 50 años lo que se ha querido ver como la existencia de cierta inmunidad cruzada con contactos anteriores de virus de la gripe inmunológicamente próximos. I. Leroux-Roels, y cols. (2); han podido demostrar la inmunogenicidad cruzada entre diferentes clados del virus de la gripe H5N1

filogenéticamente próximos. Así, la vacunación frente a la cepa de clado 1: A/vietnam/1194/2004 confiere inmunidad frente a otras cepas de los clados 2.2 (A/turkey/Turkey/1/2005) y 2.3 (A/Anhui/1/2005).

La determinación de laboratorio de gripe por H5N1 se hace con técnicas de PCR, estas técnicas pueden dar el diagnóstico en 4 horas y permiten determinar si el virus ha sufrido alguna variación genética mayor.

El desarrollo tradicional de vacunas frente a la gripe requiere el cultivo del virus en huevos embrionados. La inoculación de los huevos con H5N1 origina la muerte de los embriones de pollo antes de que se alcance un crecimiento viral adecuado. Por este motivo, el desarrollo de una estrategia adecuada de cultivo del virus requiere conseguir cepas menos virulentas de H5N1.

Este objetivo se ha conseguido eliminando de la secuencia de hemaglutinina un aminoácido polibásico, seguido de la inserción de esta hemaglutinina modificada en la cepa no patógena A/PR8/34; de esta forma se pretende que el virus crezca en huevos embrionados y exprese la hemaglutinina H5. La capacidad de producción mundial de hemaglutinina por los diferentes laboratorios de vacuna trivalente de la gripe es en la actualidad de 400 millones de dosis al año, capacidad ridícula si se estima la posibilidad de producir vacuna ante una hipotética pandemia de gripe que afectaría a una población de 6.5 billones de personas. Se ha ensayado la inmunogenicidad y seguridad de diferentes dosis de hemaglutinina; el objetivo es conseguir una vacuna inmunógena utilizando la mínima cantidad de hemaglutinina, para ello se han ensayado otros adyuvantes diferentes al hidróxido de aluminio como el MF59 y el AS03, que son diversas suspensiones de aceite en agua y que potencian la respuesta inmunológica frente a H5N1. Las vacunas que han solicitado licencia ante la Agencia Europea del Medicamento, como 'Prepandrix' con indicación de vacunación en situación de pre-pandemia, incorporan tan sólo 3.8 mcg de hemaglutinina frente a H5N1.

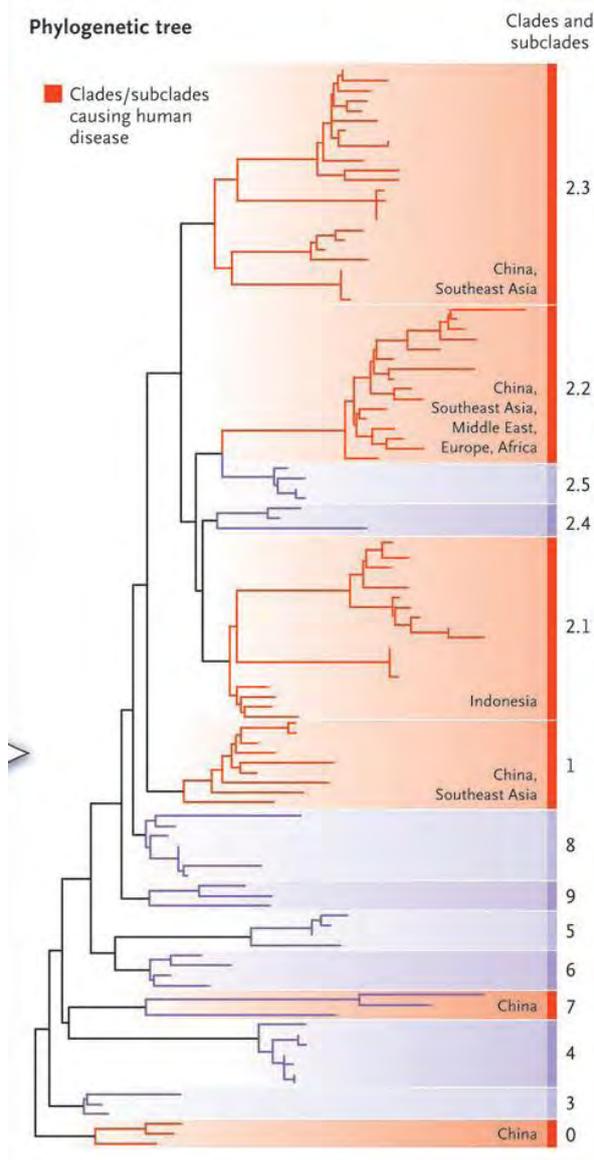


Figura 1. Clados y subclados del virus H5N1.

Los virus de la influenza A pueden infectar a una gran variedad de especies animales incluyendo, pájaros, cerdos y humanos. La influenza aviar, altamente patogénica continua ocasionando grandes pérdidas económicas en diversos países a través de sus serotipos H5N2 y H7N3 en Norteamérica y con el H5N1 en Asia, África y Europa. H5N1 es zoonótica y puede ocasionar enfermedad grave en humanos o incluso la muerte, considerándose el candidato mas probable de la próxima pandemia de gripe. La demostración de que H5N1 a través de varias mutaciones genéticas puede transmitirse entre hurones, ha disparado las alarmas en este sentido. El reservorio para el H5N1 son las aves salvajes donde circula la hemaglutinina H1 a H17 (recientemente se ha descubierto un Influenza A H17 en murciélagos) y neuraminidasa (N1 a N9). En aves, el virus influenza con baja patogenicidad (LPAI) se replica pero no origina enfermedad grave; sin embargo el virus de influenza aviar altamente patogénico puede evolucionar desde los subtipos H5 y H7 y originar virus con alta patogenicidad (HPAI). C. Nfon y cols. (3), observan que las aves expuestas a cepas LPAI de influenza (H1N1 o H1N2) desarrollan formas menos graves tras ser infectadas con cepas HPAI (H5N1). La inhibición del virus se realiza en ausencia de anticuerpos neutralizantes específicos, lo que indicaría que otros anticuerpos diferentes a los neutralizantes. Los anticuerpos frente a neuraminidasa previenen la liberación de nuevas partículas virales. Teóricamente las aves preinfectadas con influenza H1N1, podrían ver restringida la replicación de influenza H5N1, en virtud de los anticuerpos anti H1 circulantes. La mortalidad en aves infectadas con H5N1 es próxima al 100%. C. Nfon y cols. (3), han demostrado que es posible

una inmunidad protectora en aves en ausencia de anticuerpos específicos neutralizantes.

Dr. José Uberos Fernández
Servicio de Pediatría, Hospital Clínico
San Cecilio.

REFERENCIAS

1. Bdel-Ghfar AN, Chotpityasunondh T, Gao Z, Hayden FG, Nguyen DH, de J, et al. Update on avian influenza A (H5N1) virus infection in humans. *N Engl J Med* 2008 Jan 17;358(3):261-73.
2. Leroux-Roels I, Bernhard R, Gerard P, Drame M, Hanon E, Leroux-Roels G. Broad Clade 2 cross-reactive immunity induced by an adjuvanted clade 1 rH5N1 pandemic influenza vaccine. *PLoS ONE* 2008;3(2):e1665.
3. Nfon C, Berhane Y, Pasick J, Embury-Hyatt C, Kobinger G, Kobasa D, et al. Prior Infection of Chickens with H1N1 or H1N2 Avian Influenza Elicits Partial Heterologous Protection against Highly Pathogenic H5N1. *PLoS ONE* 2012;7(12):e51933.

Cuidados neonatales centrados en el desarrollo

Aida Ruiz López*, Rocío Rodríguez Belmonte*, M^a José Miras Baldó*, Concepción Robles Vizcaino*, Antonio Jerez Calero*, Antonia González Linde**, M^a Sagrario Fernández Pérez**, Mercedes Ruiz Hernández**, Raquel Piñar Molina**, M^a José Ortega**, Teresa Muros Guerrero**, M^a Soledad Rodríguez Jiménez**

*Equipo médico, ** Equipo de enfermería. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Protocolos

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Los **cuidados centrados en el desarrollo (CCD)** constituyen un sistema de cuidados para el recién nacido prematuro y/o enfermo que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y a su familia, entendiéndolos a ambos como una unidad.

Los CCD comprenden intervenciones dirigidas a mejorar tanto el ambiente de luces, ruidos... como el microambiente en que se desarrolla el niño (postura, manipulaciones, dolor...). Además, se actúa con la familia para facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño.

La correcta implantación de CCD requiere, por tanto, la apertura de puertas durante las 24 horas del día de las Unidades Neonatales, como así recomienda la OMS.

Precisan del trabajo conjunto y en estrecha colaboración, de todo el personal sanitario relacionado con el recién nacido. De esta tarea se obtienen numerosos beneficios que expondremos a continuación. Dichos beneficios no sólo se reflejan en el paciente, sino también

en los padres y el propio personal de la Unidad Neonatal creando un ambiente agradable y humano.

INFLUENCIA DEL AMBIENTE EN EL DESARROLLO DEL PREMATURO

La estancia del recién nacido en la unidad de neonatología, provoca efectos indeseables tanto en el recién nacido como en su familia. La exposición del niño a un medio hostil como la UCI neonatal dificulta la organización del cerebro en desarrollo. En la evolución de los niños que fueron prematuros aparecen en muchos casos alteraciones del comportamiento, del aprendizaje y emocionales y dificultades sociales. Además, los padres sienten un impacto emocional que modifica el proceso de crianza.

Los recién nacidos prematuros tienen que desarrollarse en un entorno extrauterino en un periodo en el que su cerebro se encuentra en pleno proceso de organización y sinaptogénesis, lo que significa que es un periodo muy activo y a su vez delicado en el proceso de desarrollo. Además de encontrarse en un ambiente extrauterino, se ven sometidos al estrés resultante de la separación de la

madre y la experiencia simultánea y repetida de dolor.

El RN Prematuro tiene una capacidad limitada para organizar su conducta y adaptarse al medio y es incapaz de rechazar los estímulos nocivos; en la UCIN, el recién nacido prematuro recibe un patrón de estimulación inapropiado que podría alterar el desarrollo neuronal.

En las últimas semanas de la gestación es cuando se produce una actividad más intensa en el desarrollo del cerebro del feto. Esto hace que el recién nacido prematuro cumpla esas etapas de máxima actividad y desarrollo fuera de su "hábitat natural", es decir, en un ambiente extrauterino.

El desarrollo cerebral en el feto a partir de la semana 25 de gestación es muy rápido. En este momento los astrocitos se están formando y están emigrando a capas corticales, también comienza el proceso de mielinización y el de apoptosis: más del 70% de las neuronas que se han formado, sufre un proceso de apoptosis desde la semana 28 hasta el término de la gestación: el 50% de las neuronas creadas en los primeros 7 meses mueren. Es importante destacar que la estructura del cerebro es tanto un producto del crecimiento y la proliferación como lo es de la muerte celular y la reordenación.

La apoptosis neuronal, se produce en condiciones normales en un ambiente de "mínima estimulación": Oscuridad, silencio, con una postura adecuada y en un estado de bienestar fetal sin situaciones estresantes. En un recién nacido pretérmino que al nacer pasa a una sala de neonatología o UCI neonatal, esta situación se altera, no encontrándose el paciente en una situación fisiológica y adecuada para el

correcto desarrollo de su sistema nervioso central, pues se encuentra sobreestimulado y ello altera el proceso de apoptosis neuronal, pudiendo dar lugar a consecuencias y problemas neuropsicológicos y sensoriales a largo plazo.

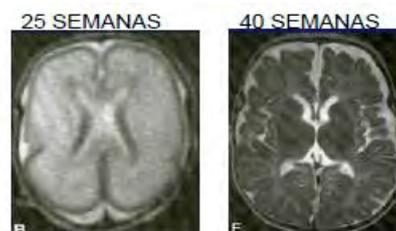


Figura 1. Imagen cerebral en un RNPT de 25 semanas y un RNT

El objetivo de los CCD es mejorar el desarrollo cerebral y el resultado final del desarrollo previniendo la sobrecarga sensorial tóxica en un sistema nervioso inmaduro pero en rápido crecimiento.

Ambiente intrauterino: El ambiente ideal para el desarrollo sensorial y motor.



Figura 2. Ambiente intrauterino.

El feto inicia su desarrollo en un ambiente que modula todos los estímulos que actúan sobre él mientras transcurre su desarrollo: El útero materno.

En este ambiente líquido, oscuro y tibio, el feto recibe los estímulos necesarios para el desarrollo de los sentidos que aparecen y maduran de forma secuencial (táctil, propioceptivo/kinestésico, vestibular/auditivo, olfato/

gusto y visión). Además, el útero cumple otras funciones básicas como la nutrición, termorregulación y modulación del ciclo sueño-vigilia.

Desde el punto de vista postural, el útero le proporciona flexión, con lo cual se favorece la línea media, la contención y la comodidad del feto, el cual se encuentra en sueño profundo el 80% del día.

Los niños que nacen prematuramente son dramáticamente privados de este pacífico medio ambiente y pierden la estimulación intrauterina necesaria para completar el adecuado desarrollo.

Las experiencias sensoriales permiten conocer e interactuar con el medio que nos rodea y tienen además un gran impacto en el sistema nervioso central. Los sistemas táctil, propioceptivo y vestibular son muy vulnerables en el periodo de crecimiento cerebral rápido y de diferenciación neuronal que sucede entre las semanas 28-40 de la gestación, es por ello que para lograr una adecuada integración sensorial en el recién nacido pretérmino, debemos dar oportunidades al mismo para autorregularse, modular sus respuestas, organizarse y producir respuestas adaptativas al ambiente.

Según la literatura, muchos de los problemas respiratorios y cardio-circulatorios que ocurren en los recién nacidos prematuros podrían ser el resultado de intentos de adaptación del neonato al ambiente extrauterino y a la agresión que significa la estancia en una Unidad Neonatal.

TEORÍA SINACTIVA DEL DESARROLLO

Esta teoría se basa en los estudios de la Dra. Heidelise Als, incluidos en el NIDCAP (*Neonatal Individualized*

Development Care and Assessment Program), esta autora aplicó al recién nacido pretérmino la metodología de observación del comportamiento neonatal desarrollada por el grupo del Dr. T Berry Brazelton.

La teoría de la Dra. Als proporciona un marco para comprender la conducta de los prematuros, según la cual las conductas del niño de interpretan de acuerdo a cinco sistemas de funcionamiento:

1. *Motor*: Valora el tono muscular, movimiento, actividad y postura.
2. *Autonómico*: Valora el color de la piel, la frecuencia cardíaca y el patrón respiratorio.
3. *Estados*: Categoriza el nivel del sistema nervioso central en cuanto a vigilia-sueño-despertar-llanto (según los estados descritos por Brazelton), demostrando la robustez y modulación de sus estados y patrones de transición de uno a otro.
4. *Atención-interacción*: Capacidad de un niño para interactuar con el medio.
5. *Autorregulación*: Valora los esfuerzos del niño para conseguir el balance con los otros subsistemas.

En el recién nacido a término sano estos subsistemas están maduros, integrados, sincronizados y funcionan uniformemente. Los prematuros son incapaces de manejar los estímulos ambientales, respondiendo de forma hiperreactiva y con mala tolerancia a estímulos mínimos. Como consecuencia presentan pérdidas de control y respuestas de estrés.

Las intervenciones del cuidado individualizado del desarrollo están dirigidas a mejorar los resultados físicos y de conducta, reduciendo los factores

ambientales estresantes y reestructurando las actividades de cuidado en respuesta a las claves de conducta del niño.

Existirían dos categorías de comportamientos:

a) Comportamiento de regulación

Si el estímulo es apropiado en intensidad, complejidad y tiempo.

El balance de la autorregulación se demuestra por la presencia de respiraciones regulares, color sonrosado, funciones viscerales estables, movimientos suaves, tono modulado, mirada tranquila y posturas suavemente flexionadas con periodos de sueño continuo y de estado de alerta.

b) Comportamiento de estrés

En respuesta a los estímulos que son demasiado complejos, intensos o inapropiados en el tiempo.

Observaríamos en el recién nacido: *cambios de color (rosa → pálido), estiramiento de manos y pies, muecas faciales*. Las conductas inestables y de extensión se considera que reflejan estrés mientras que las de flexión bien moduladas podrían reflejar autorregulación.

El prematuro intenta evitar estímulos negativos girando la cabeza, levantando las manos y protegiéndose la cara con las manos.

Son señales frente a la sobrecarga de estímulos:

- Desviar la vista o girar la cabeza del estímulo
- Fruncir el ceño

- Apretar fuertemente los labios
- Movimientos de torsión de brazos, piernas o tronco
- Extensión exagerada y mantenida de brazos y/o piernas
- Hiperextensión o arqueamiento de tronco
- Desaturación periférica de oxígeno
- Frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca variables
- Cambios de color
- Salivación exagerada

CUIDADOS NEONATALES CENTRADOS EN EL DESARROLLO

Los CCD son intervenciones diseñadas para reducir el estrés en las unidades de neonatología, reducir el dolor asociado a pruebas diagnósticas y tratamientos invasivos y facilitar la participación de los padres en el cuidado de su hijo.

Los objetivos de los CCD son:

1. Proporcionar terapia médica y no médica apropiada para prevenir que el cerebro sea dañado por estímulos inapropiados y dolorosos.
2. Minimizar y reducir el gasto energético y el estrés.
3. Proveer experiencias que ayuden al RN a desarrollarse normalmente en las 5 áreas (subsistemas) que son la base de su desarrollo motor, mental y social.
4. Proporcionar un cuidado personalizado del niño centrado en la familia en su concepto de pertenencia.

Las consecuencias de los CCD son:

1. Mayor crecimiento y aumento de peso a corto plazo.
2. Disminución del tiempo de Ventilación Mecánica.

3. Capacidad de succión y alimentación al pecho más precoz.
4. Disminución de la incidencia de hemorragia intraventricular.
5. Favorecen el neuro-desarrollo.
6. Disminuyen los días y los costes de la hospitalización.

El cuidador ha de adaptar el ambiente y los cuidados del recién nacido con el objetivo de reducir los comportamientos de estrés y promover los comportamientos de autorregulación.

Las intervenciones de los CCD van dirigidas a mejorar el microambiente y el macroambiente del recién nacido y a procurar la participación de los padres en los cuidados del mismo.

Los CCD no implican un cambio en los procesos terapéuticos, sino en las actitudes de los profesionales hacia los recién nacidos. El recién nacido pasa a ser el centro de atención y estas medidas son de bajo coste de aplicación.

INTERVENCIONES SOBRE EL MACROAMBIENTE DEL NEONATO

Tabla 1. Algunas medidas a tomar en CCD.

FÁCILES DE IMPLEMENTAR	MEDIANA DIFICULTAD	ALTA DIFICULTAD	EXTREMA DIFICULTAD
<ul style="list-style-type: none"> - Contacto piel con piel - Fomento Lactancia Materna - Identificación y tratamiento del dolor - Postura - Reducción de la luz 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitación del Ruido ambiental - Establecer "horas quietas" - Manipulación mínima - Método Canguro 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrada libre de padres - Entrada de otros familiares - Espacios para padres y familiares - Grupos de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> - NIDCAP en UCIN

Dentro de este apartado, se incluyen intervenciones sobre:

- a. Luz
- b. Ruido
- c. Actividad

- d. Fomentar el sueño
- e. Reposo

• LUZ

Desarrollo de la visión en el feto: La visión es el último sentido en desarrollarse, lo hace alrededor de las 32 y 33 semanas de edad gestacional, los párpados se encuentran cerrados hasta la semana 24 o la 25, aunque dejan penetrar la luz. La fase del desarrollo neurosensorial de la visión coincide con la sinaptogénesis (final del 2º trimestre) y los estímulos inapropiados pueden interferir en su desarrollo. No se ha conseguido demostrar relación entre exposición a la luz y la retinopatía del prematuro.

Recomendaciones

1. Medir el nivel de intensidad de la luz de la unidad y ajustarla a los niveles que están recomendados
2. Cuando sea posible, usar la luz natural pero regulando la entrada de la misma (ventanas con cortinas oscuras o persianas).
3. Empleo de luces regulables e individualizadas. Para la exploración de los niños lo más adecuado es usar los focos individuales de las incubadoras, pero evitando enfocar la cara (proteger la cara de la luz, por ejemplo, creando una sombra con la manta cobertora). Intentar que el cuidador no se interponga entre el foco y el niño (para que con el movimiento no se alteren momentos de luz y sombra)
4. Cubrir las incubadoras con mantas gruesas, pero dejando una pequeña franja para poder visualizar y valorar al niño periódicamente sin necesidad de levantar la manta.

5. Empleo de linternas para observaciones puntuales del niño

6. Evitar la exposición directa a la luz (cubrir los ojos)

7. Transición suave sueño-vigilia

8. Si se realiza método canguro, hacerlo en zonas de penumbra o protegiendo al niño de la luz

9. Individualizar la exposición a la luz según la madurez y estabilidad

10. Informar a los padres sobre la importancia de la iluminación adecuada para que el niño pueda contactar con ellos

11. Proporcionar ritmos circadianos a los prematuros de más de 32SG

12. Utilizar iluminación individualizada para la ejecución de los procedimientos terapéuticos.

13. Utilizar protección visual en prematuros en tratamiento con fototerapia

Debe medirse y documentarse la iluminación de la unidad, procurar utilizar una luz natural y gradual, con una transición suave en los ciclos de luz-oscuridad.

Los recién nacidos más maduros y estables son capaces de tolerar mayor estimulación visual. Ellos pueden ser capaces de explorar visualmente juguetes o móviles ubicados dentro de su campo visual. La interacción cara a cara durante el amamantamiento o el estado de alerta del recién nacido pueden ser apropiados para la estimulación visual.

A través de una reducción de la luz en las unidades neonatales se ha conseguido mantener una mayor

estabilidad respiratoria, disminución de la frecuencia cardíaca, tensión arterial más estable y una actividad motora modulada.

• RUIDO

Los prematuros tienen una extrema sensibilidad al ruido. La UCIN en ocasiones presenta un ambiente excesivamente ruidoso para ellos, sin ritmo diurno-nocturno. El ruido excesivo o los ruidos fuertes y agudos pueden dañar las delicadas estructuras auditivas del prematuro, produciendo cierto riesgo de pérdida auditiva neurosensorial y pudiendo afectar a sus biorritmos.

Desarrollo del sistema auditivo: El sistema auditivo humano realiza la mayoría de su desarrollo antes de terminar la edad gestacional, comenzando a las 22-24 semanas la función coclear y auditiva con una maduración continua de las vías auditivas al sistema nervioso central. Por tanto, el desarrollo y la maduración del sistema sensorial del oído en los niños prematuros puede ocurrir en una unidad neonatal, con sonidos transmitidos por el aire (a diferencia de los intrauterinos), que pueden ser continuos, impredecibles y fuertes, incluso para estándares adultos.

Existe evidencia de los efectos adversos que se producen en el niño en relación al ruido, como interferencia con el sueño, episodios de desaturación, y aumento de la presión intracraneal en niños muy inestables.

Existe un consenso de que la exposición permanente a un medio ambiente ruidoso interrumpe los estados de sueño e interfiere en otras funciones fisiológicas. Esto es particularmente perjudicial para los neonatos, debido a que sus estados de sueño son

frecuentemente interrumpidos mientras permanecen en la UCI. Consecuentemente, experimentan privación de sueño como resultado de pasar poco tiempo en sueño profundo, lo cual determina que el neonato utilice energía necesaria para el crecimiento metabólico esencial y procedimientos curativos.

Se ha demostrado que son efectos adversos provocados por el ruido los siguientes:

a) Efectos adversos inmediatos:

- Apnea
- Bradicardia
- Fluctuaciones de la frecuencia cardíaca
- Disnea
- Aumento de la tensión arterial
- Disminución de la saturación de oxígeno

b) Efectos adversos a medio plazo

- Disminución de calorías para el crecimiento
- Aumento de riesgo de pérdida auditiva
- Aumento de riesgo de hiperactividad y déficit de atención



Figura 3. Sonómetro.

Recomendaciones

1. Colocar sonómetros en forma de oreja en las paredes de las salas para concienciar al personal y a la familia. La AAP recomienda niveles < a 45 dB (10-55 dB) y un máximo de 65-70 dB de forma transitoria.

2. Carteles informativos, de los efectos nocivos del ruido

3. Uso de puertas con mecanismos de cierre silenciosos, mantenerlas cerradas para evitar el ruido del pasillo.

4. Controlar el ruido dentro de las incubadoras:

a. Cubiertas con una manta gruesa y oscura

b. No apoyar nada ni escribir sobre la incubadora

c. No golpear ni dejar objetos sobre las incubadoras

d. Apertura y cierre cuidadoso de las puertas de la incubadora

5. Cooperación de todos los profesionales para disminuir el ruido ambiental:

a. Evitar el acúmulo de gente dentro de la UCIN

b. Mantener las conversaciones lejos del niño y en tono de voz suave

c. Mantener los teléfonos móviles en modo silencio

d. Disminuir el timbre de teléfonos fijos y buscas, responder rápidamente a ellos

e. Siempre que sea posible, utilizar alarmas luminosas e insonoras

f. Apagar las alarmas lo más rápidamente posible, y disminuir su volumen.

g. Previamente a las manipulaciones evitar que suenen las alarmas

6. Minimizar el ruido generado por el equipamiento dentro de la UCIN

(lavabos, papeleras...). Reparar aparatos ruidosos.

7. Alejar de los niños todos los aparatos que se pueda. Retirar radios, teléfonos o impresoras de las zonas donde se encuentran las incubadoras.

8. Situar a los pacientes más lábiles lejos de las áreas de alto tráfico.

9. Disminución del nivel de luz, lo cual favorece la reducción del ruido

FUENTE GENERADORA RUIDO	NIVEL dB
Ambiente general CIN: voz, teléfono, equipos...	45- 85
Alarmas bombas y monitores	60- 80
Cerrar puerta incubadora	110- 120
Burbujeo de H2O en circuito de respirador	62-87
Abrir puerta incubadora	92
Tamborilear con los dedos en la incubadora	70-95

INTERVENCIONES SOBRE EL MICROAMBIENTE DEL NEONATO

Dentro de este apartado, se incluyen intervenciones sobre:

- a. Cuidado postural y manipulaciones.
- b. Protocolo de estimulación mínima.
- c. Manejo del dolor

a. Cuidado postural

Al recién nacido prematuro ingresado en una Unidad Neonatal le

resulta más difícil mantener la postura de flexión que hubiese mantenido dentro del útero al final de la gestación. Además, posee un escaso tono muscular que le incapacita para vencer la acción de la gravedad, esto le obliga a adoptar un patrón postural en extensión que le aleja de la línea media de relajación, favoreciendo la retracción de los músculos de la espalda y la cadera.

Un mal posicionamiento del prematuro podría ocasionarle a largo plazo deformidades como: abducción y rotación externa de la cadera, eversión del tobillo, retracción y abducción de los hombros, mayor hiperextensión cervical con elevación de los hombros y aplanamiento progresivo de la cabeza. Todo ello puede afectar a su desarrollo psicomotor, a la relación de apego con sus padres y a su propia autoestima cuando el niño madure.

Los objetivos del cuidado postural del prematuro son:

- a. Estimular la flexión activa del tronco y las extremidades (facilitar la actividad mano-boca).
- b. Conseguir un cráneo más redondeado y una rotación activa.
- c. Conseguir alcanzar posturas más simétricas.
- d. Facilitar los movimientos antigravitatorios.
- e. Estimular la exploración visual del entorno (cabeza en línea media).
- f. Mantener un grado necesario de flexión, que posibilita mayor autorregulación y autotranquilización que a su vez ayuda en la organización de la conducta.

La posición de elección será en general la de decúbito lateral ya que mantiene los miembros alineados y en la línea media, facilita los movimientos de

EFFECTOS ADVERSOS DE UNA MALA POSTURA

<u>A corto plazo</u>	<u>A largo plazo</u>
Posición asimétrica de la cabeza.	Deformidades craneales: <ul style="list-style-type: none"> - Aplanamiento anteroposterior craneal (Escafocefalia). - Aplanamiento del occipital (Plagiocefalia). - Tortícolis
Postura extensora y asimétrica con tendencia a extensión de cuello y tronco.	Influye en la orientación y preferencia de la función visual, función manual y patrón asimétrico de marcha.
Retracción y rotación de los hombros con aducción escapular.	Impacto negativo en el desarrollo de la orientación de las manos a línea media y la coordinación ojo-mano.
Abducción y rotación externa de las caderas, flexión de rodillas, torsión de tibia, eversión del tobillo.	Puede retrasar la adquisición del gateo y de la marcha.

autoconsuelo (mano-mano, mano-boca y mejora la flexión de tronco y pelvis.

Como consideraciones habrá que procurar mantener brazos y piernas flexionadas con las manos cerca de la cara, la espalda flexionada, pies que se pueden tocar, límites en cabeza y pies así como elementos de contención a su alrededor. Tendremos que favorecer la alternancia de ambos lados.



Figura 4. Postura en decúbito lateral.

La postura en prono, por su parte, mejora la función respiratoria. Además aumenta el movimiento diafragmático y estabiliza el control de temperatura.

Es recomendable la utilización de un soporte ventral y evitar la retracción de los hombros. Los brazos deben permanecer flexionados y cerca de la boca. Las caderas y rodillas también deben estar flexionadas con límites en cabeza y pies y elementos de contención a su alrededor.

Como inconvenientes, la postura en decúbito prono dificulta la alineación en la línea media y los movimientos. Los recién nacidos tendrán menor estímulo visual y auditivo.



Figura 5. Postura de decúbito prono.

La postura en decúbito supino se considera postura de valoración ya que facilita los procedimientos y la observación-exploración del niño. Además parece prevenir el Síndrome de Muerte súbita del lactante.

Para poder utilizar dicha postura en el niño, la cabeza debe estar en línea media o ligeramente hacia un lado con los brazos flexionados, rodillas en semiflexión, límites en cabeza y pies y elementos de contención a su alrededor. Como inconvenientes, esta postura dificulta la flexión, facilita la extensión. El prematuro tiene menor capacidad respiratoria, con aumento de incidencia de apneas, hiperextensión del cuello y retracción escapular. Favorece además una mayor pérdida de temperatura.

Los prematuros que se encuentran en posición de supino, en muchas ocasiones están extremadamente agitados, batiendo las extremidades, taquicárdicos y consumiendo gran cantidad de energía y calorías.



Figura 6. Postura en decúbito supino.

Todos los cambios posturales deben ser suaves y paulatinos procurando que estos no sean mayores a 90°.

La contención del cuerpo es otra medida que incrementa la sensación de seguridad del niño, proporcionándole quietud y autocontrol, y mejorando la tolerancia al estrés. Simples medidas como envolver al prematuro, agarrarles las manos en la línea media mientras se les manipula, etc. ayuda a la autorregulación. El niño debe manipularse conservando la posición de flexión, y favoreciendo la posición de prono o lateral.

Los recién nacidos prematuros experimentan una excesiva manipulación, la cual se incrementa con los permanentes procedimientos a los que se ve sometido y por ende, por su nivel de gravedad.

Como medidas posturales es importante intentar al realizar el cambio de pañal hacerlo de cúbito lateral, ya que la postura en supino elevando las piernas, aumenta la presión venosa central pudiendo reflejarse en la Presión intracraneal.

b. Protocolo de estimulación mínima

Las investigaciones reportan que el número de manipulaciones en los recién nacidos bajo cuidados intensivos supera las 100 en 24 horas. La manipulación y el posicionamiento del niño prematuro son, para las personas encargadas de sus cuidados, una de las primeras y principales instancias de intervenir sobre su desarrollo.

Cuando los neonatos están en sueño tranquilo, no se les debería interrumpir con ningún procedimiento. Es importante para el niño que al estar en sueño tranquilo se le permita continuar durmiendo.

Debe procurarse mantener un protocolo de manipulación mínima del prematuro. Estas normas deben aplicarse al menos durante la primera semana de vida y posteriormente debe individualizarse según el estado del niño.

Dicho protocolo consiste en establecer unas horas determinadas para la manipulación del recién nacido, agrupar los procedimientos y las exploraciones no urgentes en estas horas y coordinar las manipulaciones por parte de enfermería, por los neonatólogos y por los especialistas.

Resulta también importante tras el procedimiento “acompañar al sueño” de nuevo al recién nacido prematuro, procurando retomar el estado de confort apropiado.

Existen estudios que demuestran que los neonatos responden en forma inmediata al tacto, y frecuentemente la respuesta es la hipoxia. Además, la constante manipulación del recién nacido ha sido asociada como factor potencial de la hemorragia intraventricular.

c. Manejo del dolor

Sabemos que tras las 20-22 semanas el feto es capaz de reaccionar a la luz, al sonido y a otros estímulos ambientales. Los niños prematuros deben soportar muchos procedimientos dolorosos durante su estancia en UCIN o en área de cuidados medios. El dolor no tratado en el recién nacido contribuye a su morbilidad, además, un derecho básico de todos los pacientes es la ausencia de dolor.

Existen dificultades para valorar el dolor en los recién nacidos, por la incapacidad de los mismos para expresarse. Deben utilizarse **escalas de**

dolor que permitan valorar y registrar el dolor y aplicar medidas de tratamiento. Existen más de 40 escalas para valorar el dolor, ninguna de ellas ha demostrado superioridad con respecto al resto, (no hay un gold-standard), y la mayoría de ellas están desarrolladas para la valoración del dolor agudo y/o de poca duración. Hay poca evidencia en la valoración del dolor crónico.

Tenemos una serie de indicadores para valorar el dolor:

1. Indicadores fisiológicos. Son indicadores fisiológicos del dolor la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, el tono vagal, los cambios en frecuencia cardíaca y respiratoria y la sudoración. Algunos de ellos son útiles en recién nacidos prematuros, otros para recién nacidos a término y otros para ambos.

2. Indicadores comportamentales. Son indicadores comportamentales el llanto, la expresión facial (arrugar la frente, apretar los ojos surcos nasolabiales y abrir la boca) y los movimientos corporales (extender dedos, apretar puños).

3. Indicadores contextuales. Hay una serie de factores que pueden modificar la respuesta al dolor, como son: la intensidad de la estimulación, el estado sueño/vigilia (menor respuesta durante el sueño), la severidad de la enfermedad, el estado de consciencia (los indicadores comportamentales pueden estar ausentes en algunos recién nacidos con disminución del nivel de consciencia o con parálisis farmacológica), la edad gestacional, la edad postnatal y el tipo de dolor.

Cuando el dolor es prolongado, se producen en el bebé cambios notables fisiológicos e indicadores de comportamiento. Durante episodios de dolor prolongado, los recién nacidos en un

PIPP (Premature Infant Pain Profile, Stevens 1996)

Indicador (tiempo de observación)	0	1	2	3
Gestación	≥ 36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	≤ 28 semanas
Comportamiento *(15 seg)	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales	Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales	Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales	Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales
Aumento de FC *(30 seg)	0 – 4 lpm	5 – 14 lpm	15 – 24 lpm	≥ 25 lpm
Disminución Sat O ₂ *(30 seg)	0 – 2,4%	2,5 – 4,9%	5 – 7,4%	≥ 7,5%
Entrecejo fruncido *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Ojos apretados *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Surco nasolabial *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg

* Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso
 * Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso

Interpretación: 6 12

dolor leve o no dolor dolor moderado dolor intenso

Figura 7. Escala PIPP.

estado de pasividad con pocas o ninguna, los movimientos del cuerpo; una expresión la cara, disminución de la frecuencia cardiaca y la variabilidad de las vías respiratorias; y la disminución de consumo de oxígeno, todos los sugerentes de una disminución del metabolismo basal con el fin de ahorrar energía.

Escalas de valoración del dolor

Una de las escalas más utilizadas para la valoración del dolor es la escala PIPP (Premature Infant Pain Profile) realizada por Stevens en 1996:

La escala PIPP, es una de las más utilizadas, ya que es aplicable a recién nacidos a término y prematuros, es válida para el dolor procedimental, es válida para valoración del estado post-operatorio y/o agudo, y es la escala más completa para la investigación sobre el dolor. Como desventajas de esta escala, destacar que su uso es cuestionable en niños intubados y no es útil para el dolor crónico.

Mecanismos de reducción del dolor

a) **Analgesia no farmacológica.** Se denomina analgesia no farmacológica a una serie de medidas profilácticas y complementarias que tienen como objeto la reducción del dolor y que no conllevan la administración de medicación.

Como mecanismos de acción se describen, pero todavía no bien explicados:

- Liberación de endorfinas endógenas.
- Activación de sistemas de neuropéptidos potenciadores de los opioides.
- “Distracción” del dolor.

Estas medidas son:

- **Organización y ambiente adecuado en la Unidad neonatal:**

- a. Protocolos definidos de analgesia
- b. Persona encargada de la analgesia en cada procedimiento manipulación
- c. Adaptación al ciclo sueño-vigilia
- d. Un ambiente adecuado con reducción de la luz y el ruido potencia el efecto de las medidas farmacológicas y no farmacológicas y modifica las experiencias dolorosas.

- **Administración de sacarosa oral, 2 min antes del estímulo doloroso, 0,2 cc:**

- a. Método seguro y efectivo para reducir el dolor (especialmente punción de talón, venopunción), mayor efecto si sacarosa + succión.
- b. No se conoce la dosis óptima, pero lo más extendido la sacarosa al 24%, lo ideal usar monodosis ya preparadas o de preparación en farmacia, en su defecto usar 3 sobres de azúcar común (8 gr.) en 100 c.c.de agua filtrada.
- c. Conservación a temperatura ambiente y renovar en cada turno.
- d. No se debe emplear indiscriminadamente para calmar la irritabilidad.

Osmolaridad de la solución de sacarosa: ± 1400 miliosmoles/l.

Osmolaridad de la leche: ± 200 miliosmoles/l.

Se necesitan más estudios para determinar la seguridad en el uso repetido de dosis, especialmente en los niños con extremado bajo peso y los niños con asistencia respiratoria (Cochrane Database Syst Rev, 2010)

- **Succión no nutritiva:**

- a. La succión de una tetina reduce las puntuaciones en los escores de dolor.

- b. El efecto máximo se consigue cuando se utiliza la administración de sacarosa junto con la succión de una tetina

- **Amamantamiento o administración de leche de madre:**

- a. Reduce el dolor y tiene similar efecto a la sacarosa (Cochrane Rev 2006).

- b. Reduce el dolor y mayor analgesia que con sacarosa oral (no chupete) en términos tras punciones capilares (pecho media de PIPP de 3/ sacarosa media de PIPP 8,5) (Pediatrics 2008;122:e716–e721)

- c. Faltan estudios en prematuros.

- d. Cada vez está más justificado su uso por otros beneficios en la adecuada colonización del tracto intestinal.

- **Cuidado Madre Canguro:**

Este es de los aspectos que está mejor documentado con muy buena evidencia, por tanto debería aplicarse el método canguro como método analgésico. Siempre que sea posible esperar a que vengan los padres y ofrecerles esta posibilidad.

- **Medidas de contención:**

Se trata de mantener al niño en posición de flexión y con los miembros próximos al tronco y hacia la línea media.

- **Manipulaciones entre dos personas:**

Siempre, de manera especial en los más prematuros, salvo que no se pueda, así una persona será la encargada de la analgesia.



Figura 8. Succión no nutritiva.

Las medidas de control del dolor farmacológicas deben reservarse para el dolor moderado-severo, o como coadyuvantes en cuadros más intensos. Requiere monitorización que asegure la ventilación, la oxigenación y la estabilidad hemodinámica, y la dosis se definirá en función de la causa del dolor y la respuesta del paciente a la droga.

Dentro de las medidas farmacológicas tenemos:

- Opiáceos: Morfina, fentanilo, meperidina...

- No opiáceos: Paracetamol, AINE: ibuprofeno, ketorolaco, indometacina, metamizol (farmacocinética desconocida en el neonato).

- Anestésicos: Ketamina, anestésicos tópicos (EMLA)

- Hipnóticos-sedantes: Fenobarbital, midazolam...

LOS PADRES COMO PRINCIPALES CUIDADORES

El recién nacido, prematuro o no, nace con la imperiosa necesidad de encontrarse con su madre, ya que ella es el entorno más seguro para él.

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), recomienda no separar al recién nacido de su madre, ya que hacerlo conlleva perjuicios para la salud física, emocional y mental del bebé y la madre. La cercanía con la madre favorece un mejor desarrollo psicomotriz, una mayor estimulación y un aumento de sensación de seguridad al bebé. El contacto piel con piel inmediato del recién nacido y su madre tras el nacimiento regula el ritmo cardíaco, la temperatura, la glucemia y el sistema inmunitario del bebé.

La participación de los padres en el cuidado de sus hijos es uno de los ejes básicos de atención en neonatología. Pocos aspectos de la medicina neonatal son tan importantes, y a menudo tan ignorados, como la atención a la familia de un niño críticamente enfermo o un gran inmaduro.

Los padres son el pilar fundamental en el desarrollo del niño, especialmente durante los primeros años de vida, y su implicación precoz en el cuidado del recién nacido mejora su pronóstico. Las interacciones con los padres le dan al niño confianza y seguridad y le permiten desarrollar lazos emocionales saludables que son importantes para el proceso del apego.

Conseguir una plena participación de los padres implica cambios en la estructura de las unidades, en los

horarios y, sobre todo, en las actitudes de los cuidadores, que deben tomar conciencia de que están atendiendo a familias, y no sólo al recién nacido.

Incrementar la interacción madre-hijo favorece que la madre obtenga mayor seguridad y confianza en sí misma. La separación provoca que el recién nacido se sienta desamparado y sufra estrés.

Actualmente se realizan enormes esfuerzos en demostrar que es bueno que los padres estén con sus hijos cuando nunca antes se había podido demostrar lo contrario.

Para los padres, el nacimiento de un hijo prematuro o enfermo, supone una situación traumática, y deben pasar por una serie de fases para llegar a asimilar esta situación de duelo: Negación -> Rabia -> Regateo -> Depresión -> Aceptación. Los padres se encuentran rodeados de miedos y dudas, y se sienten en parte culpables por todo lo que le ha ocurrido a su hijo. El nacimiento de un hijo prematuro es un acontecimiento vital inesperado, para el que los padres no están física ni psíquicamente preparados y que provoca una crisis en la familia, cuyas respuestas en cada individuo vienen determinadas por factores de personalidad preexistentes, variables sociales y culturales. Supone una profunda herida en la autoestima de los padres, sobre todo de la madre, que acarrea sentimientos de fracaso, fallo y culpabilidad.

Debemos dar una adecuada información a los padres sobre todo lo que le ocurre a su hijo, transmitiéndole la verdad, pero con cierta actitud de "optimismo realista". Debemos ofrecerles dedicación, tiempo, privacidad y comprensión y siempre dar la

información adaptándonos a su nivel de conocimientos.

- **Adaptación al entorno de las UCIN:**

El escenario de la primera visita a la unidad de cuidados intensivos debe ser preparado y anticipado por los profesionales. Los padres se encuentran en un mundo del que previamente no conocían su existencia. Son recibidos en un entorno de luces, alarmas y alta tecnología, se encuentran con un niño muy pequeño en un ambiente muy lejano, fuera de su comprensión y su control, y todo eso puede ser algo sobrecogedor para ellos. La ansiedad de la madre aumenta conforme menor es el tamaño del hijo.

Los padres tienen que empezar el proceso de vinculación y amor a su hijo, al mismo tiempo que se preparan para la posible pérdida del niño, o mientras tienen dudas sobre su supervivencia y su futuro. Debemos transmitirles el mensaje de que son bien recibidos y que sus visitas juegan un papel útil e importante para el niño y que no deben sentirse excluidos del grupo de cuidadores.

Cada familia es diferente y tiene distintas necesidades si no las percibimos algunos padres se vuelven hostiles y proyectan su frustración contra el equipo

El proceso de implicación de los padres se incrementa cuando el niño mejora. Pasan de ser participantes pasivos a activos, ganan confianza en su capacidad y dejan de sentirse una figura periférica para pasar a ser una figura central.

Algunas de las medidas propuestas para ofrecer una mejor atención a las familias son:

- Ofrecer asistencia prenatal a los padres de las gestaciones de riesgo.
 - Acompañamiento entre asistencia pre y postnatal por una persona de referencia.
 - Favorecer la aproximación de los padres a sus hijos, integrar a los padres en los cuidados. Queremos padres que se ocupen, no que se preocupen.
 - Enseñar a los padres a reconocer los diferentes estados de su hijo.
 - Estimular a los padres a interactuar con su hijo cuando el estado del niño y las condiciones médicas lo permiten. Enseñar a los padres a reconocer las señales de estrés en los niños, a fin de modificar la estimulación e interacción.
 - Enseñar maniobras de consuelo para el niño, y técnicas de posicionamiento.
 - Mantener a los padres informados acerca del estado de su hijo.
 - Detectar y tratar el estrés parental. El ideal sería poder realizar charlas-reuniones de padres para poder captar estas preocupaciones.
 - Detectar y atender las situaciones socio-familiares de riesgo.
 - Trabajar con comprensión y respeto las diferencias culturales.
- Ofrecer atención al resto de la familia (hermanos, abuelos...).

CUIDADOS TIPO CANGURO

En 1979, los doctores Rey y Martínez, del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá (Colombia), preocupados por el número insuficiente de incubadoras para atender a los niños prematuros y por la alta tasa de infecciones hospitalarias, iniciaron un programa de cuidados del prematuro que, en síntesis, consistía en colocar al niño en contacto piel con piel entre los pechos de su madre, alimentarle con leche materna, adelantarle el alta y continuar con este tipo de cuidados en el domicilio. Cuando este método se fue difundiendo a otros países, comenzaron a aparecer estudios en los que se identificaban las numerosas ventajas que el método canguro tiene para el niño. Después de más de tres décadas, parece claro que el método canguro debería ofrecerse a todos los niños prematuros o recién nacidos a término enfermos como una alternativa al cuidado en incubadora, ya que es efectivo para el control de la temperatura, favorece la lactancia materna y permite y fortalece la vinculación madre/padre-hijo.

El método canguro se define como el contacto piel con piel entre la madre y el niño prematuro de la forma más precoz, continua y prolongada posible con lactancia materna.

El cuidado tipo canguro debe tener los tres componentes:

1. Contacto piel con piel, colocando al niño desnudo salvo el pañal, sobre el pecho de la madre, tan pronto y tan continuadamente como sea posible.

2. Lactancia materna.
3. Alta precoz con seguimiento estricto.

Técnica para llevar a cabo los cuidados tipo canguro

Una vez que se considere que el prematuro está preparado para el contacto piel con piel, se debe explicar a los padres adecuadamente la técnica, tranquilizarlos e informarles acerca de las ventajas de este tipo de cuidados.

Se coloca al niño entre sus pechos, de forma que la pared anterior del tórax del niño entre en contacto con la piel de la madre. La cabeza del niño debe volverse hacia un lado y es aconsejable mantenerla en una posición levemente extendida para que la vía respiratoria quede libre y se permita el contacto visual entre la madre y el niño. La respiración de la madre ayudará a estimular la respiración del niño. Existe la opción sujetar al niño a la madre con una banda de tela, de tal forma que ésta pueda ponerse de pie y realizar todo tipo de movimientos sin que el niño corra riesgo de caerse. En muchas unidades neonatales no se fija el niño a la madre, simplemente se le cubre con la ropa de ella o con una manta y la propia madre le sujeta con sus manos. El niño debe estar desnudo, cubierto con gorro y patucos, y opcionalmente con pañal recortado por delante para facilitar el contacto piel con piel.

Salir de la incubadora para realizar cuidados canguro supone un cierto estrés para el recién nacido, por lo que se aconseja que permanezca en cuidado canguro entre 90 y 120 minutos como mínimo, ya que menos tiempo de contacto piel con piel no parece ofrecer ventajas.

En la actualidad, se considera que la práctica del método canguro es uno de los instrumentos más valiosos de los que disponemos para aumentar los estímulos positivos que puede recibir el recién nacido prematuro para mejorar su desarrollo.

El recién nacido nace con la necesidad de encontrarse con su madre, ella es el entorno más seguro para él. El contacto piel con piel, y la lactancia materna, representan el estado normal que permite la óptima adaptación del recién nacido al medio extrauterino.

El contacto piel con piel mejora en el recién nacido: el ritmo cardiaco, la temperatura, la glucosa sanguínea, el sistema inmunitario, el sueño, la ganancia de peso, y la maduración cerebral.

Beneficios del método canguro

- a. Beneficios para el prematuro.

En la actualidad, se dispone de numerosos estudios, entre ellos varios ensayos clínicos, que estudian los beneficios de los cuidados tipo canguro en diferentes aspectos. Se ha prestado especial atención a la termorregulación, la lactancia materna, las pausas de apnea, el dolor, las infecciones, el incremento ponderal y los aspectos afectivos y de vinculación de los padres con el niño.

La posición canguro favorece la recepción de una serie de estímulos positivos: auditiva a través de la voz materna, olfativa por la proximidad al cuerpo de la madre, vestibular-cinestésica por la situación del bebé sobre el tórax materno, táctil a través del contacto piel con piel, y visual, ya que colocar al niño en posición semiincorporada le permite ver la cara y el cuerpo de su madre. Todos los cuidados que favorezcan el desarrollo del

niño durante el ingreso facilitarán la adecuada organización cerebral y la evolución posterior.

b. Beneficios para los padres.

En un estudio realizado sobre las percepciones de los padres en niños prematuros ingresados en las unidades neonatales españolas, se recogieron las impresiones de los que habían practicado el método canguro. En primer lugar, los padres dan gran importancia a la posibilidad de tener contacto físico con su hijo, sobre todo un contacto físico estrecho, como el que proporciona el método canguro. Los padres señalan el instante en que pueden acariciar a su hijo como un momento realmente importante para ellos, y algunos afirman que en esos primeros momentos de contacto físico fue cuando reconocieron al niño como hijo propio. La posibilidad de practicar el método canguro produce gran satisfacción en los padres, les hace sentirse más competentes en el cuidado de sus hijos, y en esos momentos disminuyen la ansiedad y la angustia que conlleva tener a sus hijos ingresados en la UCI neonatal. Con la práctica del método canguro, devolvemos al prematuro a sus padres, que deberían ser los auténticos protagonistas del cuidado de sus hijos.

c. Beneficios económicos.

El método canguro acorta la estancia hospitalaria: los niños prematuros experimentan una ganancia de peso superior y los padres se sienten más partícipes en el cuidado de su hijo prematuro, por lo que aumentan su confianza y se sienten antes preparados para el alta. Se realizó un estudio económico en Tarragona sobre la implantación del método canguro, en el cual se vio una reducción media de 17 días de ingreso por prematuro, realizando

el cálculo medio diario de lo que representa un día de estancia en la unidad neonatal (media entre la UCI neonatal y la unidad de intermedios) en 448 euros, la implantación del método canguro supuso una reducción media del coste de 7.616 euros por cada niño prematuro.

En un estudio realizado por Tessier en 2009, se demostró el impacto positivo del método canguro. Se vio que ambos padres deberían participar en el procedimiento y que, esta intervención debe ir dirigida a los neonatos que se encuentran más en riesgo al nacimiento.

Con la instauración del método canguro en las unidades neonatales se pretende que los niños prematuros vean respetados todos sus derechos y que, junto con la más adecuada y alta tecnología que precisen, pueden encontrar el más humano de los procesos: la integración en su propio núcleo familiar, la mejor alimentación que la especie humana ha preparado para ellos (la leche materna) y el contacto físico con sus padres de forma precoz y prolongada.



Figura 9. Método canguro

LACTANCIA MATERNA

La leche materna es el mejor alimento para el recién nacido, la lactancia en sí constituye un acto íntimo entre madre e hijo y contribuye de forma importante a la creación del vínculo entre ambos, lo que a su vez es muy importante para el desarrollo del niño.

La leche materna es el alimento de elección para el recién nacido prematuro, por su composición única, la mayor biodisponibilidad de sus componentes, sus propiedades inmunológicas y la presencia de enzimas, hormonas y factores de crecimiento. Además de todo ello, es un factor protector frente a la enterocolitis necrotizante, las infecciones nosocomiales, la atopia y la alergia. En algunos estudios se ha descrito que los prematuros alimentados con leche materna alcanzan un coeficiente intelectual significativamente superior al de los alimentados con fórmula artificial.

La lactancia materna puede administrarse de dos formas:

- a. Directa
- b. Indirecta: Cuando no se puede dar el pecho al neonato y se extrae la leche y se le administra por distintos métodos.

Para que el amamantamiento tenga éxito, se debe evitar el uso de biberones, por lo que se aconseja que el niño se alimente por sonda o con vasito o jeringa hasta que sea capaz de obtener del pecho materno toda la leche que precise. El momento ideal para que el niño sea alimentado por sonda es cuando está en posición canguro, ya que el contacto piel con piel mejora la tolerancia digestiva y aumenta la producción de leche.

En los últimos años, se han ido creando de forma progresiva en algunos centros hospitalarios Bancos de Leche Materna, en los cuales se recoge leche materna diariamente, procedente de madres donantes, y se administra a neonatos que necesitan leche materna y cuyas madres no pueden administrársela. Este tipo de bancos están apareciendo de forma progresiva en diferentes centros hospitalarios de nuestro país, tras observar el éxito ocurrido en los centros pioneros en su instauración.

REFERENCIAS

1. Vanderberg K.A. Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: A practice guideline. *Early Human Development*. 2007; 83: 433-442.
2. Westrup B. Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program (NIDCAP). Family-centered developmentally supportive care. *Early human Development*. 2007; 83: 443-449.
3. Lawhon G, Hedlund R. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program Training and Education. *J Perinat Neonat Nurs*. 2008; 22: 133-144.
4. Fernández Dillems MP. Intervención sensorio-motriz en recién nacidos prematuros. *Rev Ped Elec*. 2004; 1(1).
5. Gómez Papí A, Pallás Alonso CR, Aguayo Maldonado J. El método de la madre canguro. *Acta Pediatr Esp*. 2007; 65(6): 286-291.
6. Pickler RH. A model of Feeding Readiness for Preterm Infants. *Neonatal Intensive Care*. 2004; 17(4): 31-36.
7. Lester BM, Miller RJ, Hawes K, Salisbury A, Bigsby R, Sullivan MC, Padbury JF. Infant Neurobehavioral Development. *Seminars in Perinatology*. 2011; 35:8-19.

8. Ginovart Galiana G. Cuidados Centrados en el desarrollo: un proyecto común. *Revista de Psicología, Ciencias de l'Educació i de l'Esport*. 2010; 26:15-27.
9. García Sanchez P. Cuidado neonatal con atención al desarrollo. *Rev Esp Pediatr*. 2002; 58(01): 28-36.
10. Als H, Butler S, McAnulty G, Duffy F, Conneman N, Warfield S, Huppi P, Rivkin M. Effectiveness of individualized developmental care for preterm infants: Neurobehavioral and neurostructural evidence. *Proc Soc Res in Child Dev* 2003.
11. Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV, Warfield SK, Huppi PS, Butler SC, Conneman N, Fischer C, Eichenwald EC. Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics* 2004;113(4):846-57.
12. Perapoch López J, Pallás Alonso CR, Linde Sillo MA, Moral Pumarega MT, Benito Castro F, López Maestro M, Caserío Carbonero S, De la Cruz Bértolo J. Cuidados Centrados en el Desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr(Barc)* 2006; 64(2): 132-9.
13. Boccaccio C, Dinerstein N, Schapira I, González MA, Ascurra G. Aspectos relacionados con el psiquismo y desarrollo del recién nacido. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 1994; XII(2) 53-59.
14. Gallegos Martínez J, Reyes Hernández J, Fernández Hernández VA, González González LA. Índice de ruido en la unidad neonatal. Su impacto en recién nacidos. *Acta Pediatr Mex* 2011;32(1):5-14.
15. Milgrom J, Newnham C, Anperson PJ, Doyle LW, Gemmil AW, Lee K, Hunt RW, Bear M, Inder T. Early Sensitivity Training for Parents of Preterm Infants: Impact on the Developing Brain. *Pediatric Research* 2010; 67(3): 330-335.
16. Mondolfi A, Rojas I, Urbina H, Pacheco C, Bonini J, Vargas F. Manejo del dolor en terapia intensiva y neonatología. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría* 2002; 65(Suplemento 1): S33-S43.
17. Schapira IT, Aspres N. Estrés en Recién Nacidos internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN): Propuestas para minimizar sus efectos. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 2004; 23(3):113-121.
18. Als H, Lawhon G, Duffy FH, McAnulthy GB, Gibes-Grossman R, Blickman JG. Individualized Developmental Care Low-Birth-Weight Preterm Infant. *JAMA* 1994;272(11):853-858.
19. Als Heidelise. Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal* 1982; 3(4): 229-243.
20. Als Heidelise. A synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Framework for de Assesment of Neurobehavioral Development in the Premature Infant and for Support of Infants and Parents in the neonatal Intensive Care Enviroment. 1986; 3(4):3-53.
21. Buehler DM, Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Liederman J. Effectiveness of Individualized Developmental Care for Low-Risk Preterm Infants: Behavioral and electrophysiologic Evidence. *Peditrics* 1995; 96(5): 923-932.
22. Als H, Gilkerson L, Duffy F, McAnulty GB, Buehler M, Vandenberg K, Sweet N, Sell E, Parad R, Ringer S, Butler S, Blickman J, Kenneth J. A three-Center, Randomized, Controlled Trial of Individualized Developmental Care for Very Low Birth Weight Preterm Infants: Medical, Neurodevelopmental, Paarenting and Caregiving Effects. *Journal of Developmental ans Behavioral Pediatrics*. 2003; 24(6): 399-408.
23. Als H. Developmental care in the newborn intensive care unit. 1998; 10(2):138-42.
24. Alistair R.,Merrick J. Enviromental Light and the Preterm Infant. *Semin Perinat* 2000; 24(4): 291-298.

25. Murdock D. Handling during neonatal intensive care. *Arch Dis Child*. 1984; 59: 957-61.
26. Rivkees S, Mayes L, Jacobs H, Gross I. Rest- Activity Patterns of Premature Infants are regulated by cycled lighting. *Pediatrics* 2004;113:833-839.
27. Brown G. NICU noise and the preterm infant. *Neonatal Netw*. 2009 May-Jun;28(3):165-73.
28. McAnulty G, et al. Effects of the Newborn Individualized Development Care and Assessment Program (NIDCAP) at Age 8 Years: Preliminary Data. *Clinical Pediatrics (CLP)* 2010; 49: 258.
29. De Vonderweid U, et al. Family centered neonatal care. *Early Human Development* 2009; 85 (10); 37-8.
30. Tessier R, et al. Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. *Acta Paediatrica* 2009; 98 (9): 1444-50.
31. Butler S, et al. Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program (NIDCAP): Changing the future for infants and families in intensive and special care nurseries. *Early Childhood Services: An Interdisciplinary Journal of Effectiveness* 2008; 2 (1): 1-19
32. Katz LC, Shatz CJ. Synaptic activity and the construction of cortical circuits. *Science* 1996; 274:1133-1138.
33. Laura Cabrejas, María Domínguez, Lidia García, MDolores Martínez, Ana Palacios, Gloria Peiro et al. Protocolo de Posicionamiento. Hospital 12 de Octubre. octubre 2011
34. MTeresa MoralPumarega, Esther Herrados. Protocolo de Analgesia no Farmacológica, Estrategias de reducción de estrés. Hospital 12 de Octubre. Octubre 2011.
35. Ana Melgar Bonis, Elena Bergón Sendín. Protocolo de luz y ruido. Hospital 12 de Octubre. Octubre 2011.
36. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento, recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas, 2010.

Actualización en la profilaxis de endocarditis bacteriana en la infancia

M. Lorenzo Liñan, N. Strate Pezdirc, E. Blanca Jover
Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Revisiones

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad cardiovascular causada por el asentamiento de diversos microorganismos sobre las válvulas cardiacas generalmente defectuosas o lesionadas. De presentación rara en la infancia, y mortal sin tratamiento, su incidencia global no se ha modificado en los últimos años pese a las mejoras en el diagnóstico y en el tratamiento. En edad pediátrica se ha visto un leve ascenso en pacientes con cardiopatías congénitas debido a la mayor supervivencia en este grupo (1) y existe un claro descenso en las cifras de los casos asociados a fiebre reumática en países desarrollados.

El tema de la profilaxis siempre ha sido controvertido y ha llevado a la comunidad científica a una profunda revisión en los últimos años. Parte de la controversia radica en la falta de evidencias sobre su utilidad real (baja incidencia global, no estudios prospectivos por razones éticas...), además del hecho de que la profilaxis antibiótica no está exenta de riesgo ni a nivel individual (efectos adversos, anafilaxia) ni a nivel colectivo (nuevas resistencias), (2,3) y en el elevado coste-beneficio. Se ha intentado calcular el riesgo de sufrir EI para cada cardiopatía, pero no se puede asegurar el riesgo específico para cada paciente debido al variado espectro de severidad dentro de cada patología y a la diversidad de procedimientos quirúrgicos que incluyen a su vez distintas prótesis, injertos y dispositivos.

Las tres principales guías de actuación existentes en el panorama actual, de la la AHA (American Heart Association), ESC (European Society of Cardiology) y la NICE (Institute for Health and Clinical Excellence), coinciden en una política cada vez más restrictiva para la profilaxis de EI.

La mayoría de estudios retrospectivos indican un mayor riesgo en los pacientes con cardiopatías congénitas cianóticas, y las reparadas con shunts paliativos o prótesis. Por otro lado los estudios demuestran que la reparación completa de una cardiopatía congénita reduciría el riesgo. Además, el pronóstico empeora en los casos que asocian comorbilidades, los que hayan sufrido una endocarditis previa o los menores de 2 años.

Según las distintas guías de actuación podemos hablar de cambios a nivel de la selección de pacientes y de procedimientos de riesgo como se muestra a continuación.

SELECCION DE PACIENTES

Actualmente no se estratifica en grupos de mayor o menor riesgo, nos encontramos ante un grupo único en el que coinciden las principales guías de actuación (AHA, ESC) y que incluye las patologías cardiacas con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad o que tendrían peor pronóstico si la desarrollasen (Nivel

de recomendación IIa, Nivel de evidencia C):

- Material o válvula protésica usada para reparar válvula.
- El previa
- Cardiopatía congénita:
- Cianótica no reparada con defectos residuales o con cortocircuitos a algún nivel.
- Reparada con material protésico hasta 6 meses* después del procedimiento
- Con defecto residual persistente adyacente o en el sitio de material protésico
- Receptor de trasplante cardiaco que desarrolle valvulopatía (solo AHA).

La guía NICE es parecida a las anteriores aunque en el apartado de cardiopatías congénitas excluye CIA, CIV y ductus reparado, además de incluir específicamente la miocardiopatía hipertrófica y la enfermedad valvular propiamente dicha con fallo de la misma.

* tiempo de reepitelización del endotelio.

PROCEDIMIENTOS DE RIESGO

Se consideran procedimientos de riesgo básicamente: La cirugía cardiaca, el uso de material protésico, ciertos procedimientos dentales que interesan zonas gingivales/periapicales y la infección activa a distintos niveles del organismo. Se excluye la profilaxis en los procedimientos gastrointestinales y genitourinarios.

Si analizamos las distintas guías de actuación (AHA, ESC, SEC) nos encontramos que se considera la administración de profilaxis perioperatoria en los siguientes supuestos (Nivel

de recomendación IIa, nivel de evidencia C):

- Cirugía cardiaca o vascular.
- Implante de válvula protésica o material intravascular.
- Procedimientos dentales en la región gingival o periapical.
- Procedimientos respiratorios: Solo si infección activa (absceso). La guía AHA amplía a los procedimientos de vía aérea superior que impliquen incisión o biopsia de la mucosa respiratoria, como tonsilectomía, adenoidectomía o broncoscopia con toma de muestras.
- Piel y tejido blando: Solo si infección activa.
- Procedimientos gastrointestinales o genitourinarios: Solo si infección activa. (Nivel de recomendación IIb, Nivel de evidencia C).

La guía NICE solo recomienda profilaxis en el caso de infección gastrointestinal o genitourinaria activa.

No consideran necesaria profilaxis en los siguientes supuestos (Nivel de recomendación III, Nivel de evidencia C):

- Procedimientos dentales tales como inyecciones de anestesia local, eliminación de suturas, ajuste de ortodoncia, extracción de dientes deciduos, traumatismo oral...
- Procedimientos respiratorios: Broncoscopia simple, laringoscopia o intubación...
- Procedimientos gastrointestinales o genitourinarios: colonoscopia, cistoscopia...
- En ningún procedimiento dermatológico o traumatológico.

Tras revisar a posteriori la incidencia de EI en América y Europa no se han visto grandes cambios (5); en Inglaterra será difícil de valorar por la

adhesión tan irregular que está teniendo por parte de los profesionales sanitarios y la falta de confianza de los pacientes, reacios a un cambio tan brusco (6).

No está demostrado que la profilaxis antibiótica prevenga la endocarditis en bacteriemias por un procedimiento invasivo, pero no puede excluirse que lo haga en un pequeñísimo número de casos.

Se restringe su administración a los pacientes con el mayor riesgo de evolución adversa, casos estos en los que se conseguiría un mayor beneficio con la prevención. En estos pacientes, es razonable la profilaxis antibiótica ante procedimientos dentales, aunque se desconoce su eficacia real.

REGIMEN PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES

Dosis única 30 o 60 minutos antes del procedimiento (hasta 2 horas después si se ha olvidado).

Amoxicilina (vo) o Ampicilina (iv,im) 50 mg/Kg

Si alergia penicilina o ampicilina:

- Cefalosporinas*: Cefalexina, Cefazolina o Ceftriaxona (iv) 50 mg/Kg
- Clindamicina (vo,iv) 20 mg/Kg
- Azitromicina 20 mg/Kg o Claritromicina 15 mg/Kg (AHA)

No deberían administrarse en pacientes con anafilaxia, angioedema o urticaria tras la toma de penicilina o ampicilina.

En caso de fiebre siempre considerar la posibilidad de endocarditis y extraer muestra para hemocultivo previa a la administración de antibiótico.

En los pacientes que estén recibiendo antibioterapia por otro motivo, se recomienda esperar 10 días después de haber finalizado el tratamiento antes del procedimiento dental, o en caso de no poder ser así, es mejor añadir un antibiótico de otra clase antes que aumentar la dosis del que esta recibiendo.

OTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS

El riesgo de bacteriemia no solo se encuentra en el entorno sanitario sino también en actividades cotidianas de la vida diaria como el lavado de dientes, uso de hilo dental o, incluso, masticar. Por eso se recomienda mantener una buena higiene oral y acudir a revisiones dentales frecuentes en los pacientes considerados de riesgo.

Si el paciente tiene que operarse, debe pasar previamente una revisión y tratamiento dental si precisara. Las bacteriemias causadas por este motivo suelen ser transitorias y de menor gravedad que las debidas a procedimientos invasivos, además el espectro microbiológico también suele ser diferente, predominando en el primer caso las producidas por *Streptococo viridans* y en el segundo ECN o *S. aureus*.

Además se enfatiza en la importancia de las medidas de asepsia a la hora de realizar tatuajes o piercing, así como evitar los procedimientos que no sean necesarios (7,8).

Si el paciente tiene medicación anticoagulante, debe evitarse la inyección intramuscular.

No precisan profilaxis procedimientos tales como colocación de DIU o histerectomía.

Sobre este aspecto es fundamental la educación tanto de profesionales sanitarios y dentistas como de pacientes para evitar en la medida de lo posible las bacteriemias transitorias o realizar, en caso de enfermedad, un diagnóstico y tratamiento precoz (9).

Lo importante es INDIVIDUALIZAR. Hay que valorar cada caso en concreto, la necesidad del uso de profilaxis, la elección del antibiótico más adecuado según los patrones de resistencia de la zona y sopesar el posible riesgo-beneficio a nivel individual y colectivo. Estas nuevas recomendaciones están pendientes de ser difundidas y aceptadas por la comunidad científica y por los propios pacientes.

Las últimas revisiones realizadas sobre prevención de endocarditis avalan las recomendaciones de la AHA (10) y de la ESC (11), que son las que sigue la SEC (Sociedad Española de Cardiología), aunque están surgiendo algunos casos documentados de pacientes que anteriormente si hubiesen estado cubiertos por la profilaxis antibiótica, o bien por tipo de paciente (12) o por tipo de procedimientos (13) que han tenido un desenlace fatal.

REFERENCIAS

1. Johnson JA, Boyce TG, Cetta F, Steckelberg JM, Johnson JN. Infective endocarditis in the pediatric patient: a 60-year single-institution review. *Mayo Clin Proc.* 2012 Jul;87(7):629-35.
2. Duval X, Leport C. Prophylaxis of infective endocarditis: current tendencies, continuing controversies. *Lancet Infect Dis.* 2008 Apr;8(4):225-32.
3. Ajantha GS, Hegde V. Antibacterial drug resistance and its impact on dentistry. *N Y State Dent J.* 2012 Jun-Jul;78(4):38-41.
4. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, y cols. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association. *Circulation.* 2007; 116(15):1736-54.
5. Pasquali SK, He X, Mohamad Z, McCrindle BW, Newburger JW, Li JS, Shah SS. Trends in endocarditis hospitalizations at US children's hospitals: impact of the 2007 American Heart Association Antibiotic Prophylaxis Guidelines. *Am Heart J.* 2012 May;163(5):894-9. doi: 10.1016/j.ahj.2012.03.002.
6. Thornhill MH. Infective endocarditis: the impact of the NICE guidelines for antibiotic prophylaxis. Department of Oral and Maxillofacial Medicine and Surgery, University of Sheffield School of Clinical Dentistry, Sheffield, UK.
7. Robles Raya P, de Frutos Echaniz E, Moreno Millán N, Mas Casals A, Sánchez Callejas A, Morató Agustí ML. [I'm going to the dentist: Antibiotic as a prevention or as a treatment?] *Aten Primaria.* 2012 Nov 22. pii: S0212-6567(12)00415-5.
8. Suvarna RM, Rai K, Hegde AM. Oral health of children with congenital heart disease following preventive treatment. *Clin Pediatr Dent.* 2011 Fall;36(1):93-8.
9. Sivertsen TB, Astrøm AN, Greve G, Amus J, Skeie MS. Endocarditis prophylaxis and congenital heart defects in the Norwegian Public Dental Service. *Acta Paediatr.* 2013; 29-34. doi: 10.1111/apa.12035.
10. Leong JW, Kunzel C, Cangialosi TJ. Management of the American Heart Association's guidelines for orthodontic treatment of patients at risk for infective

endocarditis. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012; 142(3):348-54. doi: 10.1016/j.ajodo.2012.05.002.

11. Legout L, Beltrand E, Migaud H, Senneville E. Antibiotic prophylaxis to reduce the risk of joint implant contamination during dental surgery seems unnecessary. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2012; 98(8):910-4. doi: 10.1016/j.otsr.2012.07.013. Epub 2012 Nov 15.

12. Lopez R, Flavell S, Thomas C. A not very NICE case of endocarditis. *BMJ Case Rep.* 2013; 29;2013. pii: bcr2012007918. doi: 10.1136/bcr-2012-007918.

13. Ansari J, Garcha GS, Huang H, Bakaeen FG, Virani SS, Jneid H. Acute Aortic Valve Rupture From Infective Endocarditis After Transrectal Prostate Biopsy: A Call to Revise the AHA Guidelines for Prevention of Infective Endocarditis. *Clin Med Insights Case Rep.* 2013;6:29-33. doi: 10.4137/CCRep.S10503. Epub 2013 Feb 21.

Amar la vida (WIT)

F. Moreno Madrid
Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Cine y bioética

SINOPSIS. FICHA TÉCNICA.

Vivian Bearing, es una prestigiosa profesora universitaria de literatura inglesa, filósofa y experta en poesía del siglo XVII, principalmente en el poeta John Donne, uno de los más reconocidos poetas metafísicos en lengua inglesa. Uno de sus poemas hace de eje transversal de la película. La protagonista es una experta en la palabra y está acostumbrada a aplicar argumentos racionales a la vida diaria. Todo su mundo entra en crisis de forma repentina y traumática cuando debe enfrentarse a un cáncer ovárico.

Título original: Wit (Gran Bretaña - EE.UU., 2001). Director: Mike Nichols. Duración: 98 min. Guión: Mike Nichols y Emma Thompson. Basada en la obra de Margaret Edson. Reparto: Emma Thompson, Christopher Lloyd, Eileen Atkins, Audra McDonald, Jonathan M. Woodward, Harold Pinter. Fotografía: S. McGarvey. Género: Drama

INTRODUCCIÓN

El cine, como reflejo de la vida humana y de sus avatares, es un instrumento de gran valor para el estudio de aquellas situaciones más trascendentales para el ser humano: el dolor, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. Sus características especiales, como son la posibilidad de tratar o hablar sobre muchos temas en un relativo corto espacio de tiempo, su impacto emocional, sensorial.. le

conceden un gran valor formativo, reflexivo, siempre que esté realizado de forma seria, rigurosa, estructurada.



En el cine se cuentan historias humanas, entre ellas de enfermedades, en las que el enfermo y su padecimiento juegan un papel muy importante porque la enfermedad tiende a irrumpir de forma imprevista y es capaz de cambiar el curso de su vida y su percepción de la misma. Para el ser humano, ésta es una experiencia compleja, difícil, en la que la enfermedad deja en cierto sentido al descubierto sus raíces, sus miedos, sus debilidades y su fortaleza. El enfrentamiento con la verdad, sobre su diagnóstico y pronóstico pueden producir profundos cambios en los

enfermos. En la soledad del hombre se produce una lucha y una búsqueda que pueden conducir tanto a la desesperanza como a una forma de vida (o de lo que quede de ella) productiva, y a una aceptación de la realidad dentro de las limitaciones de cada día.

El médico para comprender mejor al paciente en estas circunstancias, además de una base intelectual, requiere desarrollar otra emocional y sensible que le permita apreciar los diversos elementos que reflejan cómo se siente el hombre cuando se enferma y cómo se viven los problemas vitales, la influencia de la espiritualidad, del ambiente y de las relaciones personales. Por el propio devenir de la vida, los médicos de una cierta edad tienen ya esa experiencia, no ya como profesionales, sino como personas. En la formación pregrado y postgrado es importante junto a la formación científico-técnica, la formación humanística donde sin duda el cine puede jugar un papel importante.

Si tuviera que escoger una película para hablar de Bioética, sin duda escogería ésta, por su calidad, por la genial e irrepetible interpretación de Emma Thompson, por la sencillez con que consigue desarrollar una historia tremendamente compleja y difícil. El director utiliza la cámara como los ojos del espectador y se dirige a él a través de ésta cámara. La película te pide, te exige algo más que ser un simple espectador. La protagonista se dirige a ti a través de la cámara, siendo imposible permanecer indiferente ante su drama. Te convierte en su interlocutor, y te va informando sobre cómo va avanzando la enfermedad, sobre sus dudas, sus temores, su sufrimiento, sus planteamientos sobre la vida y la muerte. Si ya es difícil tratar un tema de Bioética en el cine, la película se atreve con dos temas fundamentales, y

lo hace de una forma, a mi juicio magistral, insuperables: el final de la vida con sus muchas derivaciones, y la relación médico-enfermo. Invitarte a reflexionar sobre esos temas y sus múltiples ramificaciones, de forma lógica, estructurada, creíble, bien argumentada, rigurosa.. es tarea casi imposible, que resuelve la película de forma asombrosa.

Soy aficionado al cine desde la adolescencia, casi desde la infancia. Me gusta el cine en general, todo tipo de cine (no necesariamente de calidad). Cada película tiene su sitio, su momento, su lugar. Veo con agrado todo tipo de géneros desde comedias, hasta comedias románticas, películas del oeste, de acción.. cine de autor.

Para ver WIT, hay que seleccionar y acertar con el momento, pues requiere una concentración del 200% (que con frecuencia no se está en condiciones de prestarla), un estado de ánimo aceptable (no siempre posible, en los tiempos que corren), acompañado de tener en ese momento cierta predisposición a pensar, a reflexionar. Esta es la gran pega, que encuentro a la película, pero en mi caso probablemente tuve la suerte de que coincidieron todos esos requisitos, lo que me ha hecho ver y disfrutar de una de las mejores películas y que más me ha impresionado en los últimos años. Si te encuentras en una buena predisposición de ánimo, te recomiendo que la veas, especialmente a los profesionales sanitarios. Está de libre acceso en la red.

ENFRENTAMIENTO CON LA ENFERMEDAD Y CON EL FINAL DE LA VIDA.

La protagonista sufre un brutal enfrentamiento, cara a cara con la muerte, con el final de su vida. Vivian es una mujer de mediana edad, que se va a enfrentar de forma consciente y en

soledad a un tratamiento experimental sabiendo de antemano que las posibilidades de sobrevivir son muy escasas.

En la película desde el primer momento el argumento está claro, no existe ninguna sorpresa, ningún imprevisto. Más que buscar la empatía con la protagonista, nos invita a pensar, a reflexionar. Vivian se dirige directamente al espectador. Define en mi opinión de una forma magistral el enfrentamiento con la muerte: ***“es la hora de la sencillez, de la bondad. Hablamos de la vida y de la muerte, pero ya no es en abstracto. Estamos hablando de mi vida y de mi muerte”***

Vivian, tiene una personalidad fuerte, es una profesora exigente, segura de sí misma, que nunca ha buscado las relaciones sociales, humanas. Al enfrentarse a la enfermedad se vuelve frágil, débil, siente el desamparo, la soledad, el dolor. Añora la compañía, el cariño, las personas. Pensaba que en esta vida, con ser inteligente, brillante, todo estaba hecho, y se da cuenta que no ha servido para nada.

Todos somos poseedores del regalo de la vida, como su padre le enseñó en un cuento que le leía en la infancia, pero sólo cuando aprende a sufrir, cuando está preparada para irse, es cuando lo entiende. Ha dedicado su vida al conocimiento, a la reflexión metafísica e intelectual, al desarrollo de los conceptos y de las palabras y no se arrepiente de ello aunque haya relegado, sacrificado las emociones, las relaciones personales. Rigor, exactitud, trabajo minucioso, firmeza, resolución... es lo que conforma y da sentido a su mundo. Es respetada por sus alumnos y admirada por sus compañeros.

Pretende enfrentarse a la muerte con los mismos argumentos, con las mismas ideas, que le han proporcionado éxito en su vida: *“es una cuestión de vida o muerte. Y lo sé todo sobre eso. Al fin y al cabo, soy profesora de poesía del siglo XVII, especializada en los Sonetos de John Donne, que exploran la mortalidad mejor que cualquier otra obra escrita en inglés, y lo sé por el hecho de que soy fuerte. Una profesora exigente e intransigente. Nunca rehúyo un desafío”*. Pero llega un momento en que la dura realidad le hace entender que esos argumentos no le son útiles para poder proporcionarle una buena muerte, y que probablemente tampoco le sirvieron para vivir, para enseñarle a vivir, para tener una buena vida. Debe pasar de la teoría a la realidad, de lo abstracto a lo concreto. **Se arrepiente de lo no amado, de lo no vivido**. Se da cuenta de que su saber no enseña de cómo vivir, ni de cómo morir. La muerte deja de ser motivo de juegos intelectuales para tornarse en dolorosa y angustiosa experiencia. Así lo reconoce la propia **Vivian**: *“Hablamos de la vida, hablamos de la muerte y no es en abstracto. Estamos hablando de mi vida y de mi muerte. Y la verdad es que no se me ocurre otro tono. Ahora ya no es hora de agudezas verbales. Nada sería peor que un análisis intelectual puntilloso. Y erudición, interpretación, complicación. No. Es la hora de la sencillez. Es la hora... me atrevería a decir, de la bondad. Y yo pensaba que con ser muy inteligente todo estaba arreglado. Pero veo que, por fin, me han descubierto. Uuuuh... tengo miedo”*.

Una de las escenas más impactantes de la película, es cuando casi al final **Vivian**, se dirige directamente a la cámara recitando un poema de John Donne:

“Esta es la última escena de mi drama.

*Aquí fijan los cielos el último metro
de mi peregrinaje.*

*Aquí, tarde, aunque, sin duda,
veloz fue su curso,*

da mi carrera el último paso;

*halla mi palmo su último
centímetro,*

mi minuto su último punto.

Aquí la muerte voraz

vendrá a separar en un instante

mi cuerpo de mi alma.

Este poema me atrae particularmente. En abstracto. Ahora encuentro la imagen de mi minuto su último punto, podríamos decir que demasiado, directa. No es que quiera quejarme pero, me estoy poniendo muy enferma. Muy, muy enferma. Terminantemente enferma, como quien dice"

En el duro aprendizaje del sufrimiento, del dolor va a descubrir el sentido de los sonetos de John Donne. La persona segura de sí misma ve asomar la duda y el miedo: "*Dios mío, tengo miedo*".

Aquí descubrirá un nuevo aprendizaje "*Estoy aprendiendo a sufrir*". El dolor le enseñará a ser menos poética pero más real. El proceso de la enfermedad le enfrenta a la verdad de la vida y la muerte. Allí encontrará un nuevo sentido al "*sexto soneto sagrado*" que hace de eje transversal de la película:

Muerte no te enorgullezcas,

aunque algunos te llamen

poderosa y terrible, puesto que

nada de eso eres; porque todos

aquellos a quienes creíste abatir no murieron, triste muerte, ni a mi vas a poder

matarme, esclava del hado, la fortuna, los reyes y los desesperados, si con

veneno, guerra y enfermedad y amapola o encantamiento se nos hace dormir

tan bien y mejor que con tu golpe, de qué te jactas, tras un breve sueño

despertamos a la eternidad y la muerte dejará de existir, muerte morirás.

El poema concibe la muerte como el reposo o el sueño, del cual se despertará en la eternidad. Y en la sentencia impuesta "muerte, tú también morirás" está presente la eternidad en la que desaparecerán las transformaciones de la realidad para permanecer inmutable en el mundo metafísico del ser. La muerte como una coma, como una pausa entre esta vida y la eternidad. Es la discusión que tiene **Vivian** al principio con su maestra, que no se entiende bien en ese momento, pero que toma sentido a lo largo del desarrollo constituyendo uno de los argumentos principales de la película: la maestra Ashford le dice a **Vivian** que la muerte es una, *una coma*; esto es, un lapso en el fluir del discurso, del cual sigue la eternidad.

RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

Constituye el segundo gran tema de reflexión que nos plantea la película. Nos muestra el gran desfase existente entre ciencia y humanidad. El personal médico se interesa por conocer mejor la

enfermedad, con interés exclusivamente científico. Le interesan los resultados de su tratamiento experimental, al margen de cómo se sienta el enfermo, de su sensibilidad, de su intimidad, de su dignidad. No le interesan su persona, sólo sus resultados. **Vivian**, tiene la sensación de ser tratada como “*un tarro de muestras, una página en blanco, con manchas negras*”. En la estructura jerárquica del hospital el paciente ocupa el último lugar. Los profesionales sanitarios actúan de forma “profesional”, pero con indiferencia, distanciamiento, rutina. Todos los días le preguntan de forma rutinaria: *¿cómo se siente hoy?*, sin escuchar siquiera su respuesta, *¿Cómo se va a sentir?* Se pretende curar, pero no cuidar. Se antepone la tecnología al trato humano, la ciencia a los sentimientos, la norma y no la ética. El guión, tiene a mi juicio, la virtud de no caer en el maniqueísmo con los profesionales, sus formas y modales siempre son correctos, simplemente que lo principal para ellos, es el resultado de su tratamiento experimental, de su investigación. Contrastando con la enfermera, única que la trata como lo que realmente es, una persona que está sufriendo.

De forma directa y sorpresiva, el doctor Kelekian (jefe del equipo médico) pronuncia las primeras palabras de la película: “*Tiene cáncer. Sta. Bearing, tiene usted un cáncer ovárico metastásico avanzado*”. Nada que ver con el modelo paternalista en el que muchas generaciones de médicos nos hemos formado en nuestro país. El médico administraba según su leal saber y entender, la información de la verdadera situación clínica del paciente, pronóstico, tratamiento... La relación que aquí mantienen médico y paciente se da en términos de aparente igualdad. Información, consentimiento y corrección técnica, se respetarán a lo largo de toda la relación de una forma escrupulosa. Es

la teoría moderna del consentimiento informado, que se sigue desde hace tiempo en los países anglosajones, e introducida más recientemente en nuestro país. En la actualidad ha sido reconocido por el Tribunal Constitucional como un derecho fundamental.

Al ingresar al hospital para estudios y tratamiento; **Vivian**, sufre un proceso de despersonalización en el que su personalidad no es considerada, sólo su cuerpo, y las ropas personales o de cama son vistas como innecesarias dejándola desnuda física, personal y socialmente. El proceso de despersonalización la conduce a la sensación de degradación como persona y como mujer; en el examen ginecológico que se le realiza, la sensación de pudor no es considerada, y de hecho el examen se realiza sobre los genitales, sin tener en cuenta al resto del organismo y la personalidad de la enferma. El diálogo con sus médicos es escaso, sobre sus síntomas, casi monosilábico. El *comportamiento* del doctor Jason Posner, antiguo alumno suyo en un curso de doctorado, es frío, se centra en el órgano a tratar y la respuesta a las medidas terapéuticas indicadas. La enferma es para él un *objeto científico*: “*Ocho ciclos a dosis completa. Kelekian no lo creía posible. Ojalá todos resistieran como ella, tendríamos más datos*”. No considera que el enfermo, pueda tener emociones, sentimientos. No puede o no sabe, o no quiere tratar al enfermo como lo que es, una persona, una persona que sufre. En su concepción del enfermo, no existen los componentes psicológicos, emocionales, existenciales. Se suprime la personalidad en el trato, el afecto, la calidez. Este trato lleva a **Vivian**, a sentirse lesionada en su dignidad como persona, como enferma. El ideal de Posner, parece ser tratar la enfermedad sin que hubiera enfermos: “*El cáncer es asombroso, es la inmortalidad en cultivo*”, *el cáncer como misterio que debe ser*

desvelado. Una única pega: hay alguien que lo padece". El Dr. Posner aunque le tiene respeto a **Vivian** por su autoridad intelectual: "Era una gran profesora, escribió toneladas de libros, artículos. Era toda una autoridad, la gente se apartaba para dejarle paso. Daba unas clases excelentes, sin apuntes, ni una palabra fuera de lugar. Era impresionante". Muestra cierta contradicción, cuando se refiere a la temática de sus clases: "**No puedes ir por ahí pensando en ese rollo del sentido de la vida, te volverías loco**". Lo cierto es que no es capaz de ver el sufrimiento humano, la dimensión espiritual del enfermo, y lo reduce a simple materia.

¿Qué esperan los pacientes de sus médicos?:

Puede ser la pregunta final. La respuesta nos la da la enfermera (Susie) La única que establece una relación compasiva y empática con la enferma, la única que es capaz de ponerse en su lugar. Cuando curar ya no es posible, cuando la investigación ya ha extraído del cuerpo sufriendo de **Vivian** toda la información que le era posible, cuando los médicos abandonan el barco, allí permanece la enfermera cuidándola, acompañándola, confortándola. Ella encarna en la película el paradigma de la responsabilidad, de lo que debe ser la relación con el enfermo. Es la que se opondrá a que **Vivian** sea sedada definitivamente. Es ella la que, respetando su última voluntad, impedirá que se la reanime cuando sufre una parada cardíaca.

En colaboraciones anteriores, nos manifestamos y defendimos una relación con el enfermo con los mismos principios que aplica la enfermera (cosa distinta, es que se pueda o no conseguir):

"En mi experiencia las personas en general son mucho más susceptibles al trato personal, que en ocasiones al posible error o falta de acierto. Debemos ser conscientes que nuestros pacientes están en una situación de vulnerabilidad, de miedo, indefensión, dudas, interrogantes... donde una palabra amable, de consuelo, de ánimo, de esperanza, un trato cordial, una información cercana, comprensible, humana... son fundamentales para el paciente. Mi opinión personal es que para ser médico es tan importante o más que la vocación y las aptitudes científico técnicas, las aptitudes personales, hacia los demás, hacia las personas, hacia los que sufren. Independientemente de lo que hagas mejor o peor, si estas aptitudes personales no te acompañan, existen muchas especialidades dentro de la Medicina y la investigación que no demandan el trato diario y de por vida con personas, y que van a satisfacer sin duda tu vocación e interés por la materia.

Hace ya mucho tiempo que la medicina, dejó de ser una profesión de privilegiados, para convertirse en una profesión de servicio, de sacrificio, de vocación. Las exigencias en la actualidad son desproporcionadas, desde múltiples campos. Pero sigue siendo apasionante, probablemente, copiando algún anuncio publicitario, la mejor profesión del mundo. No hay nada comparable al privilegio de sanar, y si no se puede sanar, aliviar, y si no se puede aliviar, consolar, y si no se puede consolar, acompañar. Cuando se puede conseguir a la vez sanar, aliviar, consolar y acompañar, no existen palabras para poder definir esa emoción, y se convierte en una pasión⁶

*"De todas las palabras, relacionadas con el final de la vida, la que me parece realmente hermosa, desde el primer momento, de forma totalmente intuitiva es la de **acompañamiento**, es la*

que yo escojo para finalizar esta modesta reflexión. Acompañar y ser acompañado, acompañar a los demás, como la mejor forma de acompañarse a uno mismo. Acompañar como médico al final de la vida, al inicio, o en la mitad. Acompañar al enfermo y a su familia. Acompañar a tus seres queridos, y que ellos te acompañen a ti, a tus amigos, a los amigos de tus amigos.. Acompañar y ser acompañado. Vivir y morir acompañado”

REFLEXIÓN FINAL

Película dura, difícil, sobrecogedora, pero hermosa, muy hermosa. Te llega a lo más profundo, a los sentimientos, a las dudas, a las preguntas eternas, al alma... Como un escalofrío, como un desgarrar, como un lamento. La película es una profunda reflexión sobre la vida y la muerte, sobre la soledad, el olvido, el sufrimiento.

La película es un largo y magistral monólogo de una enferma moribunda, en la más absoluta soledad. Una cita famosa en cuidados paliativos, considera el final de la vida como un *“tiempo fuerte, en el que tienen lugar los últimos intercambios y las últimas palabras”*. El problema es que **Vivian**, no tiene a nadie con quien poder compartir esas últimas palabras, esos últimos intercambios. Se siente sola y desamparada. Siempre fue una persona con una fuerte personalidad, segura de sí misma, nunca busco el trato, ni la compañía de otras personas. Pensaba que en esta vida con ser inteligente era suficiente, y se da cuenta al final que no ha servido para nada. Lo que más necesita ahora es cariño, compañía, pero no lo tiene. Ahora recuerda a aquellos alumnos a los que no fue capaz de escuchar, de socorrer, y se arrepiente profundamente, *“lo siento, lo siento tanto”*. Su padre le leía un cuento de pequeña, donde se destacaba el gran regalo que es la vida, pero sólo con el

sufrimiento, y cuando ya se encuentra preparada para irse, es cuando lo entiende. **Es la hora de la sencillez y la bondad. Se arrepiente de lo no amado, de lo no vivido.**

En la película se habla del sentido de la vida, del duro aprendizaje que supone el sufrimiento, del enfrentamiento con la muerte y de su rotundidad. No sabemos cuándo es el final. Se nos puede presentar de forma imprevista, en cualquier caso suele ser inoportuno, siempre nos quedará algo por hacer, por decir, o por sentir. Lo realmente importante no es el final, sino saber valorar, aprovechar, disfrutar el regalo, la oportunidad, que nos otorga la vida y poder dejar algo de ti mismo, de lo mejor de ti mismo, en el recuerdo o en el espíritu de las personas más próximas a ti. Ese es el drama, la tragedia de **Vivian**. La muerte le llega en un momento totalmente imprevisto, inoportuno en *“pleno éxito”* personal, intelectual y social, pero no es lo que más le importa, lo que más siente es la soledad, el desamparo, la vida que había vivido. Existen personas que cuando la enfermedad entra en sus vidas, de una forma imprevista, brusca, les hace pensar, reflexionar de la vida que han vivido hasta ese momento. Es frecuente que cambien sus valores, su percepción, su concepción de la vida, su orden en las prioridades, en lo que es más importante, y que quizás no habían sabido valorar, hasta ahora. Es como si la vida les diera otra oportunidad, para conocerla mejor, para descubrirla, para valorarla más, para amarla. Desgraciadamente, **Vivian** no va a tener esa oportunidad.

Siempre he pensado que con la muerte, o el sufrimiento de las personas próximas a nosotros, algo de nosotros también muere o sufre. Leyendo sobre Jonh Donne, he encontrado un poema (no lo cita en la película), donde describe

esta sensación de una forma magistral (por algo son autores que han pasado a la posteridad). El autor es más generoso que yo, pues se refiere a la muerte de cualquier hombre (Hemingway, lo utilizaría para el título de una famosa novela, que posteriormente sería llevada al cine):

*“Ningún hombre es una isla,
completa en sí misma;*

*cada hombre es un trozo del
continente, una parte del todo;*

*si un terrón fuese arrastrado por el
mar (y Europa es el más pequeño)*

*sería lo mismo que si fuese un
promontorio,*

*que si fuese una finca de tus
amigos o la tuya propia;*

*la muerte de cualquier hombre me
disminuye,*

*porque yo estoy involucrado en la
humanidad;*

*en consecuencia, **no envíes nunca
a***

***preguntar por quién doblan las
campanas; doblan por tí”.***

La terrible soledad de **Vivian**, con su enfermedad, su enfrentamiento con el sentido de su vida y con la muerte, su sufrimiento y su dolor, aunque sólo sea una película, una ficción, me han parecido tan reales, que he tenido o creído tener la sensación de que **doblaban las campanas**, por ella y también por mis amigos, por mis seres queridos. Por los que están, y por los que ya no están; por los que son, y por los que fueron; por todos los que sienten y sintieron; por todos los que sufren y

sufrieron; pero también por todos los que viven y vivieron, por todos lo que quisieron, sintieron y amaron.

Por muy metafísica que sea la poesía de John Donne, uno no puede dejar de ser terrenal, humano, lo que supone inevitablemente tener egoísmo y vanidad, por lo que probablemente he sentido doblar las campanas por todos ellos y también por mí.

REFERENCIAS

1. W Estudillo Alarcón, C. Mendinueta Aguirre. El cine en la docencia de la medicina: cuidados paliativos y bioética. Revista de medicina y cine. 2007; 3: 1.
2. L.Iglesias. Comentarios a la película Wit. Revista de armas y letras. 2008; 71.
3. P. Sánchez Rodríguez. Amar la vida. La muerte es una coma. Catálogo sobre cuestiones de escatología en el cine contemporáneo. 1990- 2005.
4. John Donne (1572- 1631). X soneto sagrado.
5. John Donne (1572- 1631). VI soneto sagrado.
6. F. Moreno Madrid. Consentimiento informado. Bol SPAO. 2012; 6(4), 122-134.
7. F. Moreno Madrid. El final de la vida. Cuestiones generales. Bol SPAO. 2011; 5(3), 137- 146.

“Caminando Juntas” Un proyecto de Cáritas Diocesanas de Granada: Más que para mujeres

A. Gómez Vélez, M.J. Díaz
Cáritas Diocesanas, Granada.

Humanidades

Es bien conocida la actuación de Caritas en estos últimos tiempos tan duros que se están viviendo, su trabajo y dedicación a aquellos más desfavorecidos, aquellos que no tienen recursos o que son vulnerables ante las adversidades que la vida va poniendo en el camino de cada uno. Caritas desarrolla dentro y fuera de España una importante labor de apoyo y promoción social dirigida a diversos grupos sociales en situación de precariedad y exclusión social.

Según D. Sebastián Mora, Secretario General de Caritas España, en una entrevista http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/proyectos_y_campanas/2012/09/29/213526.php, afirmó que “La pobreza en nuestro país es cada vez más extensa, más intensa y más crónica” y que el perfil de quienes se acercan a solicitar ayuda ha cambiado, destacando las parejas de jóvenes de entre 20 a 40 años con hijos y el de mujeres con familia a su cargo. Afirma que “Las mujeres siguen siendo el rostro más visible de las demandas de ayuda de emergencia atendidas por Cáritas”. Podríamos deducir que se convierten, de alguna forma, en un vector y en un pilar importante, y en algunos casos silencioso, en el que se sustentan los hijos y principalmente la familia.

Entre los programas de desarrollo social se encuentran aquellos dedicados al comercio justo, al empleo, a personas mayores, personas sin hogar,

inmigrantes, infancia, enfermos de SIDA,... y mujer. Es un hecho significativo que uno de sus programas este exclusivamente dedicado a la mujer, quizá sencillamente porque son víctimas de una múltiple discriminación, son tantos los factores que confluyen en el hecho de ser mujer que cuando se tienen necesidades y problemas parece que se multiplican exponencialmente. Bien por su condición de género, por factores relacionados con la etnia o país de origen, la edad, la posición socioeconómica, el nivel educativo, la religión,... Presentan peculiaridades que las convierten en personas con las que hay que trabajar de forma que se alcancen las directrices básicas para conseguir que sean dueñas de su propia realidad, que reconozcan sus derechos, sus funciones y sus responsabilidades.

El programa *Caminando Juntas* surge dentro del seno de Caritas Diocesanas de Granada en el año 1996, al tomar conciencia en el ámbito del servicio de acogida de las demandas que se producían por aquellas mujeres, principalmente madres de familia con hijos a cargo y con gran desestructuración familiar, carentes de habilidades básicas o muy limitadas para el desarrollo de la vida cotidiana. La experiencia se pone en marcha con talleres de orientación y aprendizaje en diferentes materias, como la alfabetización de adultos, habilidades sociales, afianzamiento de la autoestima mediante orientación psicológica y

sanitaria, apoyo y orientación jurídica, etc., actividades que son necesarias por la realidad económica y social de estas mujeres, ya que constituyen ese apoyo externo sobre el que fundamentar el conocimiento y organización en sus propias vidas para proseguir o reconstruir su difícil existencia diaria.

A lo largo de estos años el proyecto se ha consolidado y ha ido tomando forma con puntos concretos que pasamos a especificar:

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO (PERFIL/ SELECCIÓN)

El programa está dirigido a un número limitado de mujeres no superior de 290, entre una franja de edad de 16 a 68 años, que viven diferentes realidades de exclusión social.

Son mujeres víctimas de violencia de género, inmigrantes, gitanas, ex reclusas, ex toxicómanas, que ejercen la prostitución marginal, carecen de curriculum formativo y laboral, de familia monoparental, y sin recursos económicos. Su experiencia vital no les ha permitido formarse e instruirse y les ha llevado a tener una baja autoestima al carecer de habilidades sociales que les permitan acceder e integrarse en la sociedad y en el ámbito laboral reglado.

El proyecto *Caminando Juntas* consta de dos servicios bien delimitados:

- a) Los Talleres de Promoción
- b) Intervención con la mujer que ejerce la prostitución.

El artículo que nos ocupa se centra principalmente en los Talleres de Promoción, actividad que conozco en primera persona. Dichos talleres se imparten de lunes a viernes y los horarios son de 9.30 a 13.30 h., con ellos se

pretende que las mujeres adquieran y trabajen las habilidades sociales, hábitos de comportamiento y convivencia; teniendo en cuenta el contexto donde viven, la variedad de etnias, religiones y demás variables, además como los hábitos pre laborales. Es un trabajo constante y diario en donde se trata de mejorar principalmente los niveles de autoestima y las habilidades sociales, psicológicas, sanitarias, educativas y jurídicas.

La duración del proceso de intervención con la mujer dentro del Taller de Promoción oscila entre 3 y 11 meses. Cabe la posibilidad de que quede interrumpido por faltas graves, bien definidas en la entrevista previa a su admisión.

OBJETIVOS

En todo programa o proyecto la elaboración de unos objetivos bien formulados es necesaria para llevar a cabo con coherencia la ejecución de la labor a la que nos vamos a enfrentar. Se parte de un objetivo base y en torno a él se desarrollan objetivos específicos.

- Objetivo General: Desarrollar acciones que posibiliten la promoción, la autonomía y un mayor grado de desarrollo integral a mujeres que se encuentran en situaciones de riesgo o/y exclusión social.
- Objetivos Específicos: Favorecer la normalización e integración social-laboral a través de la realización de talleres orientados a la promoción.
 - ✓ Favorecer que la mujer descubra, potencie y utilice sus capacidades para la adquisición de una autonomía funcional, mejorando su calidad de vida bio-psico-social.

- ✓ Fomentar el asociacionismo entre mujeres y los grupos de autoayuda.
- ✓ Ofrecer acogida e intervención específica a la mujer que ejerce la prostitución marginal o en situación de ejercerla, con el fin de mejorar su calidad de vida a todos sus niveles.

RECURSOS HUMANOS Y ECONÓMICOS

Los recursos humanos con los que cuenta el programa *Caminamos Juntas*, consta de un equipo técnico compuesto por una Trabajadora Social, una Psicóloga y para el acompañamiento y apoyo a los talleres con un equipo de 13 voluntarios.

El trabajo realizado por los componentes del equipo humano se realiza dentro de unas mismas directrices y en un ámbito de plena comunicación con el fin de optimizar el trabajo realizado a nivel individual en cada una de las actividades realizadas.

Los recursos económicos, tanto las ayudas económicas que se administran semanalmente a las mujeres acogidas al programa, como los gastos derivados de las actividades que se realizan en los talleres proceden de distintas entidades, bien de los fondos propios de Cáritas como de subvenciones que solicita regularmente la trabajadora social. Dichas subvenciones provienen del IRPF, del IAM (Instituto Andaluz de la Mujer), del Ayuntamiento de Granada y de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios cuantitativos	Criterios cualitativos
Nº de Talleres impartidos.	Grado de mejora socio-sanitaria.
Nº de mujeres que asisten diariamente.	Nivel de cohesión grupal.
Nº mujeres que se visitan casas-prostíbulo	Grado mejora relaciones interpersonales.
Nº de mujeres que acuden desde los prostíbulos a los talleres para solicitar alguna demanda.	Grado conseguido de autonomía personal, aumento autoestima y motivación.
Nº de mujeres prostitutas que se incorporan en los talleres.	Nivel conocimientos generales.
Nº de mujeres que se han incorporado al mercado laboral.	

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Registro de nº de expedientes de entrada y salidas
 Entrevistas individuales
 Informes sociales y psicológicos
 Ficha social y psico-social de seguimiento
 Ficha de seguimiento de empleo
 Cuestionarios de evaluación del equipo de trabajo sobre ejecución y objetivos conseguidos
 Registro de visitas realizadas a casa prostíbulos
 Registro de atenciones puntuales de mujeres de mujeres que con anterioridad han asistido en otras campañas a los talleres impartidos
 Cuestionario de evaluación a las mujeres sobre las actividades impartidas

CONCLUSIONES

Nadie elige en el lugar que nace, si es más o menos confortable, ni el país o la raza, ni los padres y ni tampoco si quieres ser hombre o mujer, naces y te enfrentas poco a poco a tu realidad. Así mismo tampoco eliges lo que te va a ocurrir a lo largo de la vida; puede que nos quedemos huérfanos, que no podamos tener acceso a una educación

adecuada, que padezcamos una enfermedad grave que nos imposibilite de por vida, que perdamos a un ser querido, que quedemos en paro, que tu pareja te maltrate y tus hijos lo sufran,... miles de situaciones que se pueden dar desde que naces y condiciona tu existencia, hasta aquellos acontecimientos que pueden ser un revés en un momento dado en tu vida.

La mujer que llega al programa Caminando Juntas tampoco ha elegido libremente su existencia. Se trabaja con un perfil muy variado de mujeres, las circunstancias y características personales son muy distintas entre ellas. En el mismo grupo conviven de forma aleatoria tanto numérica como temporalmente: gitanas, rumanas, senegalesas, nigerianas, marroquíes, "payas", etc. Por ello uno de los principales objetivos que se plantean es el respeto, la tolerancia, el aprender a convivir, el trabajo en grupo y compartir los problemas ya que por ser mujeres, a pesar de ser de razas y religiones distintas, muchas de ellas comparten las mismas problemáticas, como la desigualdad social, las adiciones, la violencia de género, la falta de autoestima, las dificultades económicas, etc.

No han elegido ser mujeres, no han elegido nacer donde han nacido ni en las circunstancias que lo han hecho, posiblemente han podido tomar decisiones más correctas en algún momento de su vida, pero quienes somos para juzgar, quizá lo hicieron y se complicó, cayeron y no hubo nadie para levantarlas. Lo único que debemos saber es que están aquí tocando a la puerta en un contexto social en el que la mujer, ya de por sí, vive inmersa en una desigualdad social y económica manifiesta y soterrada, y que bajo la férrea y plomiza realidad de la crisis la mujer es más vulnerable. Ante la falta o

nula preparación, la escasez de empleo, el paro sufrido por los miembros de la familia (marido o hijos), el cuidado de nietos, hijos pequeños y/o abuelos, la falta de medios económicos para subsistir, a lo que podemos sumar situaciones de violencia (de todo género) que generan estrés continuo y sobrecarga emocional y psicológica que puede derivar en adiciones, nos encontramos con un colectivo altamente sensible y vulnerable al que hay que abrir las puertas y favorecer el descubrimiento de su potencial y capacidades para que adquieran autonomía y puedan integrarse social y, si es posible, laboralmente en la difícil y crítica sociedad en la que nos encontramos.