

La Importancia de Hacer Doble Diligencia

The Importance of Doing Dual Diligence

Author – Jeff Alberts, Indiana University, NFI Science Committee, Associate Editor for Science

DOI: 10.14434/do.v16i1.35781

Translator – Maria Maestro Lopez, Madrid, Spain

The original article written in English was published in the *Developmental Observer* 2022, Vol 15, No 1.

Artículo objetivo

Maryam Fatollahzade, Soroor Parvizy, Mandana Kashaki, Hamid Haghani & Mona Alinejad-Naeini (2020) The effect of gentle human touch during endotracheal suctioning on procedural pain response in preterm infant admitted to neonatal intensive care units: a randomized controlled crossover study, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. DOI: 10.1080/14767058.2020.1755649

Poco hay de ordinario en un día normal en una UCIN. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, la tecnología y la biomedicina se combinan con la aplicación experta de otras herramientas de "baja tecnología" y métodos "no tecnológicos". Juntos, funcionan: Los niños que nacen a partir de las 23 ó 24 semanas sobreviven y se desarrollan. El resultado milagroso se convierte casi en ordinario. Pero ¿cómo se producen estos milagros?

Empecemos con uno de los elementos de la fórmula para hacer milagros: Este elemento es el contacto humano. No necesita tecnología.

Nuestro artículo a revisión es un estudio reciente de Fatollahzade¹ que se diseñó para averiguar si una intervención denominada Gentle Human Touch (GHT) reduciría el dolor durante el procedimiento de aspiración de secreciones, comúnmente necesario para mantener abiertas las vías respiratorias de los niños prematuros intubados.

La población del estudio estaba formada por 34 neonatos prematuros (nacidos entre las 27 y las 34 semanas). De forma inteligente, este equipo de investigación utilizó el régimen de cuidados en curso como banco de pruebas, sabiendo que el procedimiento de aspiración, vital para la asistencia respiratoria del neonato intubado, es potencialmente doloroso.

El diseño del estudio fue "cruzado", un enfoque eficaz y estadísticamente potente en el que cada niño se somete a pruebas con y sin la intervención experimental.

El orden fue contrabalanceado, lo que significa que la mitad de los niños recibieron la intervención GHT durante la aspiración en la primera observación y el tratamiento rutinario (sin intervención) durante la siguiente aspiración cuando se precisó. En la otra mitad de los niños se realizó en orden inverso.

La intervención GHT se administró a los niños colocados en decúbito prono en una postura ligeramente flexionada. El investigador colocaba una mano alrededor de la cabeza del niño y la otra alrededor de sus nalgas.

Se proporcionó GHT mientras duró el procedimiento de aspiración. Utilizando la escala de dolor del niño prematuro (PIPP), se realizó una evaluación basal de 15 segundos antes de la aspiración, seguida de una evaluación de 30 segundos después de la aspiración.

El PIPP proporciona una puntuación numérica del dolor en tres rangos (de leve a grave). Se la considera una escala bien validada y utilizada ampliamente en investigación.²

Los resultados fueron impresionantes. Con el cuidado rutinario, el 85% de los niños mostraron respuestas de dolor moderado al procedimiento de aspiración. El GHT redujo la aparición de respuestas de dolor moderado al 65%. Las respuestas de dolor intenso se manifestaron en cerca del 9% de los ensayos de control y el GHT las redujo a cerca del 3%.

Estos resultados son un primer paso para añadir el contacto humano suave a la lista de métodos no farmacológicos de tratamiento del dolor en la UCIN.

Muchos de nosotros conocemos los poderes del contacto piel con piel (Método Canguro),^{3,4} así como la eficacia del posicionamiento,⁵⁻⁶⁻⁸ la lactancia,⁹ la succión no nutritiva¹⁰ y la sacarosa oral^{11,12} entre muchos otros como métodos para mitigar el dolor.

El artículo que comentamos ofrece una nueva contribución. Se basa en los conocimientos anteriores sobre el GHT y el tacto, abordando de una forma novedosa el abordaje del dolor durante la aspiración; ampliando el alcance de la PIPP para su evaluación.

Queda mucho por aprender sobre el alcance, la magnitud y los resultados inexplorados del uso del GHT. Aunque es preliminar en varios aspectos, el estudio de Fatollahzade et al.1 es elegante, sobre todo, si se considera desde el punto de vista de la ética biomédica básica.

Es importante señalar que el GHT es seguro. No causó ningún daño. Al registrarse explícitamente que el procedimiento no causaba ningún daño al niño, se reconocía formalmente una dimensión vital de su método. En otras palabras, aplicaron la conocida máxima "Primum non nocere", es decir, "lo primero es no hacer daño".

Sin embargo, no basta con considerar que algo es ético porque el riesgo es mínimo. Existe un imperativo ético que debe examinar si el procedimiento realmente "hace el bien"¹³... De hecho, Fatollahzade y sus colegas lo demostraron, el GHT redujo las respuestas al dolor. El suave contacto humano durante la aspiración proporcionó un beneficio real y activo. Centrémonos ahora en "No dañar", en el lenguaje de la ética es la no maleficencia [mə-'le-fə-sən(t)s]. El principio de no maleficencia está muy presente en la ética médica.

Por encima de todo "Priemum non nocere". Los niños atendidos en la UCIN merecen un compromiso de no maleficencia. Todos nuestros pacientes lo merecen. Pero, de nuevo, no basta con evitar hacer daño. Además, las prácticas éticas exigen que, además, promovamos y hagamos el bien. "Hacer el bien" en el lenguaje de la ética es beneficencia [bə-'ne-fə-sən(t)s]. Una hermosa palabra para un hermoso principio.

Mientras que la no maleficencia es principalmente una prohibición del daño; la beneficencia tiene al menos tres formas, cada una de las cuales debemos examinar dentro de nuestra conciencia a la hora de hacer el bien. Como tal, la beneficencia incluye (a.) hacer el bien, (b.) prevenir el daño y (c.) eliminar el daño.

En la UCIN en el momento de enfocar el tratamiento ético de cada niño podemos decir que tenemos una moneda. Esta moneda tiene dos caras: la no maleficencia y la beneficencia. Las dos caras de una misma moneda son inseparables. Debemos mantener la moneda en nuestra mano y hacerla girar continuamente examinando cada cara. Esta diligencia obedece a la necesidad de observar ambas caras.

Por esta razón, estoy a favor de la etiqueta de doble diligencia, que estipula la obligación de respetar ambos principios: la beneficencia y la no maleficencia. Abundan los ejemplos ilustrativos de no maleficencia sin beneficencia.

¡Basta con ir al Developmental Observer ¡.¹⁴ La Dra. Ita Litmanovitz, neonatóloga y formadora del NIDCAP, contribuyó con un comentario reflexivo y experto en la columna destinada a la Ciencia.

Ita examinó un estudio con uso importante de tecnología en su diseño.¹⁵ En dicho estudio, los recién nacidos extremadamente prematuros fueron monitorizados durante sus primeras 72 horas con una combinación de saturación regional de oxígeno cerebral (CrSO₂), mediante Espectroscopia Cercana al Infrarrojo (NIRS), EEG de amplitud integrada (aEEG), ecocardiografía funcional (ECHO), apoyados además por ecografías cerebrales.

Los autores concluyeron que esta monitorización multimodal "es factible, segura y bien tolerada por los niños extremadamente prematuros en las primeras 72 horas después del nacimiento". Cierto, sí, pero ¡recuerda la doble diligencia! El comentario del Dr. Litmanovitz nos guía a través del conjunto de consideraciones críticas en el océano de datos que se recogieron; por supuesto sin dañar la piel de los recién nacidos

ni aumentar los eventos adversos.

A pesar del objetivo de los investigadores con el uso de las medidas multimodales no se previno la hemorragia intraventricular ni se redujeron los resultados adversos. Sin embargo, lo más grave fue que, para realizar estas mediciones, hubo una separación obligatoria de 72 horas entre el niño y la madre. Está bien documentado que tales separaciones pueden tener efectos negativos tanto inmediatos como a largo plazo para el niño y su madre.

La Dra. Litmanovitz se refirió a los costes de perder el contacto postnatal temprano entre la madre y su hijo, al tiempo que se buscaba algún beneficio no logrado de cara a prevenir un evento hemorrágico. La concienciación y la atención a la doble diligencia -reconociendo y documentando tanto la no maleficencia como la beneficencia-puede proporcionar la claridad que necesitamos para realizar una atención ética.

La doble diligencia no sólo es totalmente compatible con la práctica del NIDCAP, sino que está integrada en ella. En la prestación de cuidados, en la formulación de protocolos de tratamiento y en la evaluación de la investigación, es imperativo que examinemos tanto el hecho de evitar el daño como el de hacer el bien. La doble diligencia es la base de una práctica guiada por la ética

Los milagros que ocurren en la UCIN que permiten un buen desarrollo de los niños surgen de una combinación de alta tecnología, baja tecnología y no tecnología. No sabemos cómo se combinan para lograr el éxito, pero sí sabemos que todos ellos están implicados, y apuesto a que no es mediante una simple suma de factores separados. Cada modalidad apoya a las demás. La alta tecnología médica es crucial. Pero también lo es el amor de los padres y el contacto humano. Recuerda siempre que un día normal en una UCIN se construye desde lo extra-ordinario.

"Ordinarie" en francés antiguo, hace referencia a una regla ó ordenanza, referidas a las reglas que prescriben las formas de acción, de ella se forma la palabra inglesa ordinary o castellana ordinario. Piensa en los protocolos que sigues para hacer un día ordinario. De este modo, todo lo que haces consigue que los milagros sean casi ordinarios. Busca y ve la dualidad de la no maleficencia y beneficencia presente en un simple protocolo. En el cuidado del desarrollo, son el núcleo de lo milagroso.

References

1. Fatollahzade M, Parvizy S, Kashaki M, Haghani H, Alinejad-Naeini M. (2020) The effect of gentle human touch during endotracheal suctioning on procedural pain response in preterm infant admitted to neonatal intensive care units: A randomized controlled crossover study, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, DOI: 10.1080/14767058.2020.1755649
2. Stevens BJ, Gibbins S, Yamada J, et al. (2014) The premature infant pain profile-revised (PIPP-R): initial validation and feasibility. *Clinical Journal of Pain*, 30(3):238-243. DOI: 10.1097/AJP.0b013e3182906aed
3. Mosayebi Z, Javidpour M, Rahmati M, et al. (2014) The effect of kangaroo mother care on pain from heel lance in preterm newborns admitted to neonatal intensive care unit: A crossover randomized clinical trial. *Journal of Comprehensive Pediatrics*, 5(4):1-6. DOI: 10.17795/compreped-22214
4. Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Steiner D, Inglis D, Zee, R. (2017) Skin-to-skin care for procedural pain in neonates, *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2 (2): CD008435. doi: 10.1002/14651858.

(continued on p. 31)