

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Editorial

NIDCAP, práctica clínica y metanálisis

Pallás Alonso CR¹, López Maestro M²

¹Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre. Miembro del grupo PrevInfad. Miembro del Comité de Lactancia Materna de la AEP. Madrid (España).

²Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid (España).

Correspondencia: Carmen Rosa Pallás Alonso, kpallas.hdoc@gmail.com

Fecha de recepción: 24 de mayo de 2013 • Fecha de aceptación: 24 de mayo de 2013
Fecha de publicación del artículo: 19 de junio de 2013

Evid Pediatr.2013;9:40.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Pallás Alonso CR, López Maestro M. NIDCAP, práctica clínica y metanálisis. Evid Pediatr. 2013;9:40.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en
<http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2013;9:40>
©2005-13 • ISSN: 1885-7388

NIDCAP, práctica clínica y metanálisis

Pallás Alonso CR¹, López Maestro M²

¹Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre. Miembro del grupo PrevInfad. Miembro del Comité de Lactancia Materna de la AEP. Madrid (España).

²Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid (España).

Correspondencia: Carmen Rosa Pallás Alonso, kpallas.hdoc@gmail.com

En los años 70, Als H. desarrolló la teoría sinactiva que es la base del NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). En las Unidades en las que se aplican los cuidados NIDCAP se realizan observaciones de los niños prematuros antes, durante y después de las manipulaciones. En cada observación se recoge información de múltiples ítems en relación con el comportamiento del niño y se proporcionan recomendaciones individualizadas a los cuidadores de los niños para que los cuidados se adapten lo mejor posible a las necesidades y capacidades de cada niño. Por otro lado, se intenta que la familia sea la principal protagonista de los cuidados que se proporcionan al niño. También los profesionales ayudan a los padres para que aprendan a interpretar las señales de cada niño y puedan responder a sus necesidades y apoyarles en su desarrollo. Cuando se trabaja con cuidados NIDCAP, se intenta controlar todo el entorno para que el ambiente que rodea al niño y a su familia sea lo menos estresante posible y se limiten los estímulos sensoriales para los que el niño, en función de su edad gestacional, aún no está preparado. Para la adecuada aplicación de los cuidados NIDCAP se precisa que los profesionales estén formados en NIDCAP con entrenamiento específico en la realización de las observaciones y en la formulación de las recomendaciones.

Los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) surgieron como reacción a los potenciales efectos dañinos de los cuidados tradicionales de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales¹. Durante las primeras décadas de desarrollo, las Unidades Neonatales tuvieron como prioridad la supervivencia de los niños. Hubo de transcurrir bastante tiempo antes de que el ambiente de las Unidades Neonatales y la separación de la madre se consideraran estresantes y con efectos nocivos para los cerebros en desarrollo de los niños prematuros ingresados^{2,3}. Muchas Unidades todavía consideran que los aspectos técnicos son prioritarios y que los padres son solo visitantes⁴. Sin embargo, en otras Unidades Neonatales los CCD son una rutina y otras muchas Unidades están ahora mismo en proceso de cambio.

Desde una perspectiva práctica se podría decir que el NIDCAP es una forma de CCD que tiene ciertas características, algunas de las cuales se pueden considerar como ventajas y otras quizás como desventajas. Cuando una Unidad Neonatal inicia el proceso de cambio para trabajar con una filosofía de

CCD y con participación e incorporación de los padres, se suelen encontrar bastantes resistencias y barreras que en muchas ocasiones son difíciles de vencer⁵. El NIDCAP ofrece una metodología que facilita el cambio, ya que hay que ir pasando por diferentes etapas de formación de los profesionales. Esto tiene como consecuencia la introducción paso a paso de múltiples cambios en la forma de cuidar, de trabajar con los padres y de cuidar el ambiente. Al ser un proceso definido en objetivos que hay que cumplir en tiempos determinados, ayuda a instaurar una dinámica de cambio. La formación que reciben médicos y enfermeras y otros profesionales como psicólogos o fisioterapeutas es exactamente la misma y eso facilita la comunicación entre ellos. Otra de las ventajas del NIDCAP es que para su instauración hay que crear un equipo de trabajo de médicos, enfermeras, auxiliares y de todos los profesionales que participan en el cuidado de los niños. Con grupos de trabajo consolidados se pueden abordar de forma más fácil la mayoría de los problemas, propuestas de cambio y proyectos de la Unidad, y esta sensación de equipo único es muy beneficiosa para todos los profesionales. El coste económico de la formación en NIDCAP puede valorarse como desventaja. La formación no es barata aun en estos tiempos de crisis económica y los precios están establecidos, por lo que se permiten pocas variaciones. Sin duda, esto es un obstáculo para la difusión del NIDCAP, pero también quizás hace que quien recibe la formación la valore especialmente.

Por todo lo comentado anteriormente, es evidente que la introducción de los cuidados NIDCAP supone un coste no despreciable tanto desde el punto de vista de la formación de profesionales como desde el de la instauración de cambios y de recursos económicos y, por tanto, parece razonable evaluar su efectividad. El problema surge cuando el NIDCAP o los CCD en conjunto se evalúan con estudios de diseño similar al empleado para evaluar otras intervenciones que son unidimensionales. El cuidado NIDCAP y los CCD en general son intervenciones multidimensionales, tanto en los proveedores de la intervención como en los receptores, ya que no solo es el niño quien recibe los cuidados, sino también la familia. Por ello, son intervenciones de muy difícil estandarización. Es más fácil realizar estudios sobre alguno de los elementos aislados que forman parte del NIDCAP y de los CCD en general, como, por ejemplo, el cuidado madre canguro. El cuidado canguro está bien estudiado y están muy

bien establecidos sus beneficios sobre la producción de leche, el efecto analgésico en el niño y el efecto positivo emocional en los padres^{6,7}. De todos estos aspectos, hay suficientes trabajos como para poder decir que la calidad de la evidencia en relación con el método canguro es buena y, por tanto, se puede recomendar con fuerza. Sin embargo, los estudios que han evaluado el NIDCAP son menores en número y han sido complejos en su diseño y en su ejecución.

La revisión sistemática publicada recientemente en *Pediatrics* y realizada por Ohlsson y Jacobs⁸ concluye que no hay evidencia de que el NIDCAP disminuya la morbilidad de los niños durante su ingreso ni de que mejore el desarrollo neurológico a largo plazo. Como ellos no identifican un beneficio relevante, consideran que no es necesario realizar un análisis coste-efectivo, aunque ellos mismos refieren que el cuidado NIDCAP se asocia a mejor ganancia de peso, a menor estancia hospitalaria y a mejores puntuaciones en la evaluación del desarrollo realizada a los nueve meses de edad corregida. En este mismo número de la revista *Evidencias en Pediatría* se publica una excelente valoración de la revisión sistemática de Ohlsson y Jacobs que probablemente resuelva algunas dudas a los lectores⁹.

El mayor problema que puede derivarse de las conclusiones del trabajo de Ohlsson y Jacobs es que los profesionales de las Unidades Neonatales se desanimen en el complicado camino de la implantación de los CCD y, por ello, creo que hay que ir un poco más allá de lo que nos aporta esta revisión sistemática. Además de los problemas de la estandarización de la intervención que ya se han comentado, habría que reflexionar sobre cada una de las intervenciones que forman parte de los CCD o del NIDCAP. Cuando uno las analiza de forma aislada, la mayoría de ellas se justifican desde el sentido común, la sensibilidad en los cuidados y el respeto a la familia y al niño. Hablar en voz baja cerca de los enfermos, cerca de quien sufre es algo que solo se ha perdido con la llegada de la tecnificación de las Unidades de Vigilancia Intensiva, donde las máquinas y sus alarmas abrieron la veda para que todos subiéramos el tono y se instauraran las voces altas donde, naturalmente, debía haber susurros. El control de la luz, la evitación de los ambientes excesivamente luminosos, más aún cuando el sentido de la vista está pobremente desarrollado en los niños prematuros, no es más que lo que todos deseamos cuando nos sentimos enfermos. Poder estar cerca de quien nos quiere cuando estamos mal, que como madre o padre podamos estar al lado de nuestro hijo, cuidándole, ayudándole a superar todos los problemas que lo atan al hospital, es un sentimiento casi universal y tampoco parece que un metanálisis pueda identificar lo que significa para el niño, para su madre o para su padre poder sentirse como familia aun en los peores momentos. Si nos acercamos más a lo que específicamente introduce en NIDCAP, que es la observación del niño para entender lo que le molesta, lo que le consuela, lo que tolera, lo que le desestabiliza, cómo va progresando, cómo va modificando sus respuestas, no parece muy diferente a lo que supone escuchar a cualquier adulto enfermo o a cualquier niño mayor que sepa expresar

sus sentimientos. Aunque al final el adulto vaya a fallecer o se vaya a complicar de la misma forma, poder respetar sus preferencias le hará vivir la situación, por muy compleja que sea, con otra perspectiva. El NIDCAP no busca otra cosa, busca proporcionar confort, confort para el niño, confort para la madre, para el padre, para los hermanos y para los propios profesionales que se sienten más capaces y más satisfechos trabajando desde esta perspectiva⁵.

Quizás los metanálisis, las revisiones sistemáticas y los ensayos clínicos no puedan ser el instrumento de medida de todo, quizás haya otra dimensión de nuestro trabajo que debamos evaluar de otra forma, simplemente en satisfacción de quien recibe el cuidado. La European Foundation for the Care of Newborn Infants es una iniciativa llevada a cabo por los padres de los niños prematuros y ellos apoyan la implementación del NIDCAP y de los CCD en todas las unidades neonatales europeas (EFCNI White Paper). Probablemente las voces de los padres nos puedan ayudar a encontrar algunas respuestas¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sizon J, Westrup B. Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2004;89:F384-8.
2. Smith GC, Gutovich J, Smyser C, Pineda R, Newnham C, Tjoeng TH, et al. Neonatal Intensive Care Unit stress is associated with brain development in preterm infants. *Ann Neurol.* 2011;70:541-9.
3. Milgrom J, Newnham C, Anderson PJ, Doyle LW, Gemmill AW, Lee K, et al. Early sensitivity training for parents of preterm infants: impact on the developing brain. *Pediatr Res.* 2010;67:330-5.
4. Greisen G, Mirante N, Haumont D, Pierrat V, Pallás Alonso CR, Warren I, et al. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight european countries. *Acta Paediatrica.* 2009;98:1744-50.
5. Mosqueda R, Castilla Y, Perapoch J, de la Cruz J, López Maestro M, Pallas CR. Staff perception on Newborn individualized Developmental Care Assessment Program. *Early Hum Dev.* 2013;89:27-33.
6. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD002771.
7. Johnston CC, Filion F, Campbell-Yeo M, Goulet C, Bell L, McNaughton K, et al. Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. *BMC Pediatr.* 2008;8:13.
8. Ohlsson A, Jacobs SE. NIDCAP: A Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Pediatrics.* 2013;131:881-93.
9. González de Dios J, Buñuel Álvarez JC. NIDCAP: reflexiones de la evaluación cuantitativa, a la evaluación cualitativa y económica. *Evid Pediatr.* 2013;9:44.
10. Carter BS, Brown JB, Brown S, Meyer EC. Four wishes for Aubrey. *J Perinatol.* 2012;32:10-4.