

EL ROL EDUCADOR DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.

Lic. María Cristina Malerba

Resumen:

Gracias a los avances actuales de la atención neonatal, cada vez niños más pequeños logran sobrevivir al parto prematuro. Sin embargo, la combinación de la prematuridad con las condiciones socioeconómicas deficientes genera grandes complicaciones a largo plazo en el desarrollo de este grupo poblacional.

Uno de los factores más importantes en el cuidado exitoso de estos niños es la nutrición adecuada, a fin de reducir su morbilidad.

Numerosos autores coinciden en que la alimentación precoz con leche de la propia madre es la mejor opción. Existen evidencias de que es necesario fortificar o suplementar la leche humana (LH) para alimentar a los recién nacidos prematuros (RNPT) de peso de nacimiento inferior a 1500 gr. (PN <1500 g).

Para lograr mejores resultados es necesario implementar programas de apoyo en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) para que las madres puedan extraerse leche y mantener su producción. Las enfermeras neonatales, quienes permanecen las veinticuatro horas junto a los bebés y sus familias, deben desarrollar habilidades para acompañarlos en la transición a la alimentación directa al pecho. Sólo la comprensión y el convencimiento del personal de la UCIN sobre los beneficios de la alimentación específica harán posible la creación de estas alternativas en cada institución.

En este artículo se describen diferentes herramientas para fomentar y evaluar la alimentación específica en las unidades de cuidado intensivo neonatal

Palabras clave:

Lactancia, recién nacido prematuro, terapia intensiva neonatal.

Los objetivos de este artículo son:

1. Identificar el impacto que el nacimiento de un niño prematuro produce en la familia, a fin de elaborar medidas de soporte en la UCIN que hagan posible la alimentación específica.

2. Reconocer a la LH como alimento de elección para los RNPT de PN <1500 gr.

3. Brindar herramientas a Enfermería, para reconocer los estados y aptitudes de los RNPT para alimentarse, brindando cuidados individualizados.

a. Apoyar la extracción de leche de las madres de los bebés internados en la UCIN.

b. Favorecer el vínculo único que la madre establece con su hijo y el despliegue de su particular capacidad de "maternar" y alimentar.

c. Desarrollar capacidad para resolver las dificultades en la evolución de la lactancia del recién nacido pretérmino.

1. Introducción

Aunque el cuidado intensivo neonatal y el desarrollo tecnológico han permitido el aumento de la sobrevivencia de los prematuros más pequeños, también se han incrementado los costos sociales y económicos de ésta atención. Esto originó discusiones éticas sobre las desigualdades que la población infantil padece en la República Argentina. En una sociedad de contrastes, la evolución y futuro de un niño de PN <1500 gr. dependerá del lugar donde le tocó nacer. La sobrevivencia y, sobre todo, la calidad de su vida posterior, tendrá una clara relación con la atención neonatal recibida.

La distribución del personal de Enfermería calificado muestra una concentración en las grandes ciudades; la relación enfermera-paciente es un indicador de la calidad de la atención.

La actual distribución de recursos perpetúa la desigualdad en la salud infantil y fragmenta "oficialmente" el mundo de los neonatos entre los que reciben todo lo que necesitan para prevenir y curar, y los que nada o casi nada reciben, con una amplia escala de grises entre ambos extremos, lo que genera discapacidades y muertes evitables.¹

Las enfermeras han aprendido las habilidades técnicas y han desarrollado la experiencia necesaria para participar en forma activa del cuidado intensivo neonatal. Paulatinamente, en la evolución de la profesión, se han hecho cargo de mayores responsabilidades con expansión del propio rol y, a su vez, algunas tareas que Enfermería hacía artesanalmente fueron reemplazadas por la tecnología.

Cabe preguntarse, frente a estos avances, qué lugar queda para el cuidado holístico del niño y la familia. La respuesta surge entre los sonidos de alarma, el ciclado de los respiradores, y se resume en la imagen de una mamá que apoya a su bebé sobre su pecho mientras una enfermera se inclina sobre ambos para ayudarlos.

Sin una atención centrada en la familia, humanizada, respetuosa, que facilite los recursos propios de los padres frente al nacimiento anticipado del hijo, no es posible hacer un lugar para la lactancia. Una madre puede brindar la leche para su hijo enfermo cuando lo hace suyo. Winnicott dice "los bebés no existen"², refiriéndose a que es imposible pensar en un bebé sin su madre. Aquí está el desafío posible, donde la lactancia no es un objetivo en sí, sino un puente para favorecer este vínculo único.

2. Impacto del nacimiento prematuro en la familia. Progresión de la alimentación específica en la UCIN.

Cuando ingresa un recién nacido a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, junto con él se recibe a sus padres en estado de máxima desorganización interna, expuestos al impacto emocional de la internación de su hijo que acaba de nacer. Se ven enfrentados a una realidad diferente de la que imaginaron y se encuentran con un mundo lleno de tecnicismos, preocupaciones, gente apurada y, sobre todo, un bebé pequeñito, frágil, lleno de cables y sondas que, según les explican, lo ayudan a vivir.

Entre ellos y el bebé... la incubadora que lo contiene, un acrílico que separa, que pone los límites. Comienza entonces el camino para reconocerse en el hijo y hacerlo suyo. Del éxito de este proceso dependerá la supervivencia afectiva de este niño y su pertenencia a una familia.

El Equipo de la Unidad enfrenta el desafío de tener que manejar sus propias emociones en un ambiente de constante estrés y, al mismo tiempo, acompañar a la familia facilitando el despliegue de los recursos de cada uno frente a la internación del bebé. El apego madre-hijo se ve obstaculizado por la necesaria separación que la internación impone.³

Dentro de este contexto, la lactancia no es un objetivo nutricional en sí mismo, sino que puede ser una herramienta para el Equipo, si sabe tomarla para favorecer el proceso de relación en esa diada. En una investigación, madres de bebés prematuros refirieron que "la única conexión tangible con su bebé" frente a los cuidados

especiales del Equipo, era extraerse leche.⁴

No cabe esperar conductas maternas resultantes de un mandato instintivo o natural, ya que en ese proceso intervienen diversos elementos. Sin embargo, no hay lactancia posible sin una madre que haga suyo al hijo.

Consideraciones sobre el Equipo de Salud-Enfermería

En el ambiente de la UCIN se torna claramente necesario el trabajo multidisciplinario. La presencia de profesionales del área psicosocial, puede ayudar a dirigir mejor los esfuerzos en la tarea diaria de médicos y enfermeras. De esta forma, sería posible detectar las dificultades vinculares antes de que se enquisten; anticiparse, prevenir e intervenir en forma temprana.

Para poder tomar la lactancia como una parte de éstas acciones preventivas vinculares, es necesario partir del convencimiento de que la leche humana es el mejor alimento para los bebés prematuros. Numerosos argumentos científicos lo avalan, pero el Equipo debe entenderlo para trabajar a su favor. Debe considerarse que se trabaja para la lactancia desde el mismo momento en que se recibe al bebé en la Unidad. Mediante un posicionamiento correcto en la incubadora, promoviendo su tono flexor, ayudándolo a llevar sus manos a la línea media, calmándolo con la succión no nutritiva, en síntesis, brindando cuidados individualizados que lo ayuden a organizarse y favorezcan su neurodesarrollo. En ésta etapa se previenen o se instalan futuros problemas en la succión-deglución.

Los padres son temerosos y a su vez "esperan todo" del personal de Enfermería quienes, a su parecer, controlan el cuerpo del bebé y poseen conocimiento sobre los aparatos que lo ayudan a respirar. La enfermera representa la verdadera figura identificable, sustitutiva de los cuidados maternos que la madre deberá aprender.⁵ Los padres piensan que la enfermera es la más cercana al bebé, lo toca y sabe cómo ayudarlo. Son vistas como "las verdaderas nutridoras". A medida que pasan los días, los padres creen que las enfermeras hablan su mismo idioma y pueden dar informaciones más comprensibles y confidenciales que los médicos. Pueden tutearse en el trato cotidiano y, con el tiempo, crean una corriente de dependencia: "*con ellas es mejor estar bien...*". Las madres que permanecen más tiempo en la Unidad conocen las costumbres de cada turno. Las enfermeras actúan como dueñas de casa, definen cuándo se puede entrar o cuándo se debe salir del sector. Para los padres se dificulta expresar críticas respecto de alguien que tiene a cargo el cuidado del propio hijo, vivido en algún sentido, como expropiación. Se establece así una relación de afecto-temor.

Parar para pensar

En el devenir de la urgencia de la UCIN pareciera que las cosas son así y nadie tiene tiempo de reflexionar sobre la forma de trabajo ni la práctica profesional. Sólo se puede hacer, y hacer mucho, en el menor tiempo posible porque puede ingresar otro paciente en cualquier momento. El que para, pierde el ritmo, el tiempo. Las normas constituyen un refugio seguro para muchas enfermeras. Sin embargo, a veces no pueden satisfacer las necesidades de la familia. Se dice que se elaboran planes individualizados de cuidados para los bebés y, sin embargo, las familias deben cumplir una serie uniforme de reglas.⁶

Es necesario recuperar la oportunidad de elaborar vivencias y emociones: para interactuar positivamente con los colegas y para comprender las necesidades de cada familia. Este lugar de crecimiento puede darse en los pasajes de sala, en la toma conjunta de decisiones sobre los pacientes, participando de los grupos de padres... Cada Servicio podrá crear los espacios de reflexión sobre el trabajo diario acordes a su modalidad.

Cuando los profesionales de una Unidad deciden trabajar incluyendo a los padres, convendrá tener en cuenta los siguientes puntos:

- Ingreso de los padres sin restricciones horarias.



- Hacerlos sentir bienvenidos y participarlos de los cuidados de su bebé.
- Favorecer el contacto piel a piel.
- Ofrecer residencia para madres.
- Proveer lactario adecuado y política de apoyo a la Lactancia Materna.
- Permitir el ingreso de abuelos y hermanos, bajo supervisión.

La lactancia es parte del cuidado integral de la Enfermería Neonatal. No es postergable ya que también impacta en la sobrevida y el futuro del bebé.

Las etapas de los padres y la lactancia



PRIMERA ETAPA: IMPACTO DEL NACIMIENTO-INGRESO A LA UCIN

Bebé	Padres	Enfermería	Lactancia
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Estado crítico. ⇒ Intervenciones invasivas: ARM - catéteres - medicación EV. ⇒ Ayuno ⇒ Monitorización 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Shock inicial ⇒ Confusión – frustración. ⇒ Sufrimiento visceral 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Contención emocional. ⇒ Sostén de la esperanza. ⇒ Información precisa. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ofrecer a la madre información sobre la importancia de comenzar a estimularse desde el primer día. ⇒ Invitarla a visitar a su bebé. ⇒ Brindar ayuda técnica: <ul style="list-style-type: none"> Facilitar bomba de extracción mecánica o manual. ⇒ Comenzar en forma progresiva hasta 7 - 8 extracciones diarias. ⇒ Entregar instructivo o material escrito.

SEGUNDA ETAPA: NEGACIÓN DE LA REALIDAD

Bebé	Padres	Enfermería	Lactancia
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Estado crítico o estable. ⇒ Continúa con tratamientos invasivos. ⇒ Sonda orogástrica. ⇒ Puede comenzar con nutrición enteral mínima 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ <i>“No puede ser que esto me esté pasando a mí”.</i> ⇒ Dificultad para comprender la información. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Disponibilidad informativa. ⇒ Paciencia para repetir información mil veces. ⇒ Respeto de sus tiempos. ⇒ Estimulación del vínculo. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Reiterar información y apoyo a la madre para que progrese y mantenga la extracción de calostro. ⇒ Sostén para la etapa de la bajada de leche. ⇒ Suele coincidir con el alta materna: regreso a la casa sin el bebé. ⇒ Asesoramiento para mantener la extracción de leche en el hogar; su transporte y almacenamiento. ⇒ Estimulación del vínculo materno filial.

TERCERA ETAPA: ENOJO CON LA VIDA			
Bebé	Padres	Enfermería	Lactancia
<p>⇒ Estado crítico o estable, aún en Cuidados Intensivos. □</p>	<p>⇒ Enojo o impotencia: <i>"Esto es injusto."</i></p> <p>⇒ Pueden aparecer conflictos con el Equipo, agresividad, crítica: <i>"La enfermera de la mañana es mala."</i></p>	<p>⇒ Momento de estrés del Equipo.</p> <p>⇒ Cuidado de la relación con los padres.</p> <p>⇒ Ayuda y escucha para disipar angustias y temores.</p>	<p>⇒ Promover la mayor permanencia posible de la madre junto al bebé.</p> <p>⇒ Favorecer el ingreso de la familia a la Unidad (padres, hermanos, abuelos).</p> <p>⇒ Brindar espacios cómodos (sala de estar, residencia para madres, comidas...)</p> <p>⇒ Extracción de leche en el Lactario.</p> <p>⇒ Facilitar la interrelación con las otras madres que se extraen leche (intercambio de experiencias, solidaridad, identificación).</p>

CUARTA ETAPA: TRISTEZA, INTERACCIÓN CON EL HIJO REAL			
Bebé	Padres	Enfermería	Lactancia
<p>⇒ Estado estable, descomplejización.</p> <p>⇒ Mayor requerimiento de leche de la madre.</p> <p>⇒ Puede estar en brazos por más tiempo. □</p>	<p>⇒ Depresión.</p> <p>⇒ Culpa.</p> <p>⇒ Dolor.</p> <p>⇒ Cansancio físico.</p> <p>⇒ <i>"Esto nos está pasando a nosotros."</i></p>	<p>⇒ Estimulación de la autoestima y la capacidad materna.</p> <p>⇒ Sostén de la madre como referente más cercano del Equipo.</p>	<p>⇒ Comienza a aumentar la producción de leche si la mamá persiste en extracciones frecuentes.</p> <p>⇒ Etapa de mayor acercamiento al hijo: comienza a comprender las necesidades del bebé e intenta satisfacerlas.</p> <p>⇒ Reconocer la lactancia como evento que une nutrición, abrazo, contacto físico y amoroso en un solo acto.</p>

QUINTA ETAPA: REEQUILIBRIO			
Bebé	Padres	Enfermería	Lactancia
<p>⇒ En cuna, "en engorde."</p> <p>⇒ Pasaje de la sonda a la succión.</p> <p>⇒ Mayor interacción con los padres. □</p>	<p>⇒ Mayor estabilidad.</p> <p>⇒ Apego al bebé: <i>"Me cuesta dejarlo."</i></p> <p>⇒ Desplazamiento de las preocupaciones: aumento de peso, probable alta, relación con los otros hijos.</p> <p>⇒ Preparación para el regreso al hogar con el bebé.</p>	<p>⇒ Estimulación del vínculo a través de la lactancia.</p> <p>⇒ Respeto por el estilo personal de crianza de cada familia.</p> <p>⇒ Facilitación del camino hacia el alta.</p>	<p>⇒ Ansiedad materna por el progreso de peso.</p> <p>⇒ Frente al alta, la madre puede tener disminución de la producción de leche, se siente temerosa y angustiada: <i>"¿Seré capaz de cuidarlo en casa?"</i></p> <p>⇒ Celos o competencia con las enfermeras: <i>"Saben cuidar al bebé más que yo."</i></p> <p>⇒ Ayuda técnica para resolver problemas de succión.</p> <p>⇒ Búsqueda de la mejor lactancia posible para esta día.</p>

La leche humana como alimento de elección.

La meta nutricional para los RNPT

Según la American Academy of Pediatrics (AAP), el estándar actual de la alimentación postnatal del RNPT sigue siendo “la que le permita una velocidad de crecimiento como en el tercer trimestre de vida intrauterina sin causar ningún estrés a los sistemas metabólicos y excretorios en desarrollo”⁷.

El último trimestre del embarazo y los primeros dos años de vida postnatal son los períodos madurativos más críticos del crecimiento y del desarrollo de la función cerebral de los seres humanos.

El Dr. Alan Lucas realizó una interesante investigación sobre las intervenciones nutricionales precoces en los RNPT en las que demostró su efecto definitivo sobre los pronósticos intelectuales y motores. En este estudio se obtuvo una correlación dosis-dependiente entre la cantidad de leche humana consumida y la puntuación del coeficiente intelectual⁸.

Composición de la leche de madre pretérmino (LMPT)

Beneficios nutricionales

Numerosas investigaciones han delineado las diferencias en la composición química de la leche humana según la edad gestacional (EG) al nacimiento.

Se prefiere la leche materna (LM) para alimentar a los RNPT a causa de su composición, biodisponibilidad aumentada de nutrientes, presencia de hormonas, enzimas y factores de crecimiento⁹.

La LMPT de las primeras tres a cuatro semanas presenta mayores concentraciones de la mayoría de los nutrientes, excepto grasas, lactosa y energía. Después de las primeras semanas, paulatinamente, el nivel de proteínas decae y hace necesario enriquecer la leche materna para los RNPT de PN <1500 g (no así para los de mayor PN).

El patrón de ácidos grasos esenciales de la LMPT beneficia en su adecuada proporción la composición de las membranas celulares del cerebro, retina y eritrocitos. Aporta el 50 % de las calorías en la leche y la absorción se ve facilitada por la particular estructura del glóbulo graso de la LH (en tanto, el bebé sea alimentado con leche recién extraída). Los distintos pasos de extracción, almacenamiento, transporte, congelamiento o pasteurización (todavía no utilizada en Argentina), alteran estas propiedades.

Generalmente, los niños prematuros tienen la capacidad de absorber más del 90 % de la lactosa de la leche de su madre, y es normal

la presencia de lactosa en las heces. La consistencia de éstas es blanda, tiene mayor cantidad de bacterias no enteropatógenas y mayor absorción de minerales. La LMPT contiene concentraciones de vitamina A, 2 a 3 veces mayores que la leche materna de término (LMT). La biodisponibilidad del hierro es alta y la relación calcio-fósforo de 2:1.

Beneficios para los sistemas gastrointestinal y renal

Los factores tróficos y de maduración de la LM estimulan el crecimiento y motilidad del sistema gastrointestinal, favoreciendo la eliminación de materia fecal con mayor frecuencia. El vaciamiento gástrico es más rápido que con la leche de fórmula pretérmino (LFPT). La LM tiene un tiempo de vaciamiento gástrico de 20-40 minutos por la presencia de triglicéridos de cadena mediana, polímeros de glucosa y almidones. La presencia de lipasa estimulada por sales biliares ayuda a la digestión de las grasas.

Puede afirmarse que los RNPT alimentados exclusivamente con LM alcanzan más rápidamente el aporte enteral completo. La baja carga de solutos favorece la función renal¹⁰.

Beneficios inmunológicos

La ingesta precoz de calostro está asociada a un menor índice de infecciones comparadas con la alimentación temprana con LF.

Se describen menor cantidad de episodios de enteritis necrotizante (ENC), diarrea, alergias y de infecciones urinarias. Por consiguiente, disminuye el uso de antibióticos. Se ha descrito que aquellos bebés alimentados con LM y que han desarrollado ENC, presentaron cuadros menos severos, con menor incidencia de perforación intestinal durante el curso de la enfermedad¹¹.

Factores específicos en la LH tales como IgA secretoria, lactoferrina, lisozima, oligosacáridos, factores de crecimiento y componentes celulares, estimulan las defensas en el RNPT. Uno de los mayores efectos protectores opera a través del sistema inmuno enteromamario. Es esperable que la exposición de la madre —que tuvo contacto piel a piel con su hijo— al ambiente de la UCIN le permita producir anticuerpos específicos contra los gérmenes hospitalarios que va a transmitir al bebé internado, a través de su leche.

Beneficios en el neurodesarrollo

Diversos estudios sostienen una relación entre la dieta temprana y el neurodesarrollo. En el seguimiento de niños RNPT a los 7-8 años de edad se obtuvieron

mayores puntajes en el *Score de Weschler*¹².

La función visual se ve favorecida por la ingesta de LH debido a la presencia de ácidos grasos de cadena larga y de factores antioxidantes como β caroteno, taurina y vitamina E¹³. Aún con presencia de retinopatía en RNPT, su gravedad e índice de necesidad de cirugía por láser fue inferior.

Beneficios vinculares

Actualmente se sabe que el crecimiento y el desarrollo de los bebés no depende solamente de la nutrición, aún en el caso de los RNPT en estado de alto riesgo biológico. La extracción de leche sostenida y posterior amamantamiento de estos bebés puede describirse como una “vacuna psicoafectiva” a través de la cual la madre hace suyo al niño gestado y nacido antes de lo esperado.

Limitaciones de la LH para el RNPT

El RNPT de PN <1500 gr alimentado exclusivamente con LM puede padecer deficiencias nutricionales. Es necesario destacar que este déficit de ciertos nutrientes fundamentales para un rango adecuado de crecimiento puede agravarse por la manipulación de la LM antes de ser administrada al bebé (extracción, almacenamiento, transporte, fraccionamiento y método de alimentación).

Algunos nutrientes —variables para cada mujer— como las grasas, pueden quedar adheridas a las paredes de frascos, jeringas o tubuladuras donde se guardó o administró la LM.

Existe una declinación marcada del sodio y de las proteínas después de la segunda semana postnatal. Estudios observacionales¹⁴ han mostrado que los niños prematuros alimentados con LM tienen un ritmo de crecimiento más lento que los alimentados con LFPT. La albúmina sérica y las concentraciones de nitrógeno ureico pueden declinar en los prematuros que reciben una dieta pobre en proteínas. Los bebés prematuros nacen con bajas reservas de calcio y fósforo, y tienen altos requerimientos de éstos minerales para el crecimiento óseo postnatal.

Definitivamente, estas limitaciones no invalidan la utilización de LH para alimentar bebés de bajo peso de nacimiento. Por el contrario, a fin de capitalizar todos los beneficios anteriormente descritos, se recomienda utilizar LM fortificada y no el reemplazo total por LF. Debido a los altos costos de los fortificadores comerciales y eventuales dificultades en la importación, en muchas Unidades de la Argentina se alternan tomas de LM con tomas de LFPT.

Tabla 3: RECOMENDACIONES

Lo que se debe hacer	Lo que no se debe hacer
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Aumentar el valor energético-calórico de la LM separando la primera leche extraída, con bajo tenor graso ("foremilk") de la segunda, con mayor tenor graso ("hindmilk") ⇒ Garantizar la alimentación materna y el consumo de líquidos. ⇒ Enriquecer la LM para RNPT de PN >1500 g. Ideal: fortificadores comerciales. Alternativo: alternar LM con tomas de LFPT. ⇒ Homogeneizar la LM contenida en jeringas, tubuladuras ya que las partículas grasas se adhieren al plástico. Si está fortificada, el polvo puede depositarse y no llegar al bebé. ⇒ Suplementar con calcio y fósforo. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Reemplazar la LM por LF. ⇒ "Inocular" las tomas de LF con pequeñas dosis de LM (afecta nutrientes de la LM por oxidación). ⇒ Enriquecer la LM con LFPT en polvo. ⇒ Exponer la LM a luces durante el almacenamiento en heladeras con frente de vidrio (por declinación de la vitamina A y riboflavina y la acción de radicales libres). ⇒ Colocar las jeringas de alimentación por gastroclisis en posición horizontal ya que disminuye el pasaje de grasas.

La lactancia del prematuro en la UCIN.

Transición a la alimentación al pecho directo

El proceso madurativo para que un bebé prematuro llegue a la etapa de succión al pecho con las menores dificultades posibles comienza, como se mencionó antes, desde la recepción en la Unidad con los cuidados para el neurodesarrollo en la incubadora.

En el útero, el feto ya es capaz de succionar a la semana 12ª de gestación. También puede deglutir, a la semana 20ª, entre 13 y 16 cm³ de líquido amniótico en 24 horas. A las 30 semanas deglute entre 400 y 500 cm³ de líquido al día. A las 32-34 semanas de EG, suele estar capacitado para coordinar la succión-deglución. Esto significa que los bebés prematuros y de término comienzan la vida extrauterina con notable experiencia.

Se describen dos tipos de succión: nutritiva (con deglución de líquido) y no nutritiva (sin deglución). La tasa de succión nutritiva es la mitad de la no nutritiva (2 por segundo). El recién nacido de término presenta un patrón maduro de succión (entre 10 y 30 succiones por vez). La relación succión-deglución-respiración es 1:1:1. El patrón inmaduro del RNPT es de 3 a 5 succiones por episodio. Este intento puede tener implicancias sobre los parámetros vitales del bebé (aumento de la frecuencia respiratoria, aumento o descenso bruscos de la frecuencia cardíaca, desaturación). Las succiones son seguidas por pausas de igual duración, en que deglute, respira y se recupera durante el descanso. A mayor EG corregida, progresará la relación succión-deglución y el volumen de leche obtenida.

Uso del chupete y la Iniciativa Hospital Amigo (IHAMN)

Los diez pasos de la IHAMN fueron formulados fundamentalmente para RNT sanos, no separados de sus padres. Para los RNPT internados en una UCIN, donde son sometidos a tratamientos invasivos, la succión no nutritiva al chupete puede aportarles beneficios en la disminución del estrés y efectos analgésicos ante los estímulos dolorosos, aun durante la etapa de asistencia respiratoria mecánica (ARM).

La succión del chupete desencadena la excreción de hormonas gastrointestinales durante la alimentación por sonda, que contribuyen a la saciedad, absorción de los nutrientes y facilita el sueño del bebé en el ambiente de la Unidad¹⁵.

Cuidado piel a piel

Hasta los bebés más pequeños, aún conectados al ventilador, pueden ser puestos sobre la piel de su madre una vez que pasó su estado crítico. Este cuidado ejerce un importante efecto galactogogo para las madres, además de contribuir al apego entre ambos, al crecimiento y bienestar del bebé (mayor progreso de peso, termorregulación adecuada)¹⁶.

Succión al pecho vacío

Se pide a la madre que se extraiga leche e inmediatamente después se ofrece el pecho al bebé. Se hacen los primeros juegos de acercamiento al pezón, mojando los labios con la leche de la mamá, lo que estimula a ambos. Ella comienza a adquirir la experiencia para cargar al bebé en su regazo, en la postura que lo favorezca. Al mismo tiempo, se alimenta al bebé con la leche de su mamá por sonda. Puede ser el momento indicado de cambiar la sonda

orogástrica por una nasogástrica, a fin de dejar la cavidad oral libre para nuevas sensaciones.

Residencia para madres

Permite la mayor disponibilidad emocional de la madre, una permanencia más prolongada junto al niño, la concurrencia más frecuente al lactario y una mayor oportunidad para el aprendizaje de los cuidados que incluyen la lactancia¹⁷.

Cuándo comenzar con la succión al pecho

Una vez extubados, los recién nacidos fisiológicamente estables pueden ser puestos a succionar al pecho vacío. No hay una EG exacta ni normas con respecto al peso. La decisión se basa en la observación del bebé, en su estabilidad cardiorrespiratoria, siempre que haya una mamá dispuesta. Puede ser entre la semana 30ª-32ª en adelante.

Kerstin Nyqvist, enfermera del University Children's Hospital de Uppsala (Suecia), reporta en su investigación el inicio de la alimentación al pecho en una media de 33,7 semanas EG (entre 27,9 y 35,9 semanas). El peso medio fue de 2.060 g (entre 911 y 3.130 g)¹⁸.

Observación del RNPT que comienza a alimentarse al pecho

La transferencia de la leche durante el amamantamiento depende de tres factores:

- Producción suficiente de la madre.
- Efectividad del desencadenamiento del reflejo de eyección.
- Competencia del bebé para succionar.

No siempre el Equipo de Salud comprende la diferencia entre producción de leche adecuada de la madre e ingesta suficiente de leche del bebé. Son dos problemas diferentes, con diferentes estrategias de trabajo¹⁹.

Los problemas más frecuentes de los bebés que han tenido una internación prolongada al prenderse al pecho pueden ser:

- Hiper-extensión de la cabeza y el cuello.
- Persistencia del tono extensor.
- Irritabilidad.
- Hipersensibilidad oral (uso prolongado del tubo endotraqueal, sondas, aspiraciones).
- Succión disfuncional:
 - Falta de cambio entre la succión no nutritiva y la succión nutritiva.
 - Apertura mandibular excesivamente amplia.
 - Oclusión labial inadecuada.
 - Cierre de mandíbula por poco rango de movimiento, restringida en articulación temporomandibular.
 - Lengua flácida o retraída, con ausencia de surco lingual central.
 - Incapacidad para establecer un sello alrededor del pezón.
 - Reflejos orales incompletos.

■ Cambios de coloración (bradicardias, apneas obstructivas por flexión del cuello).

■ Probable reflejo de eyección intenso materno que dificulta la deglución (enseñar a la mamá a extraerse leche antes).

■ Cómo favorecer el amamantamiento del RNPT

Considerando la alta sensibilidad de estos bebés a la estimulación sensorial, es fundamental no utilizar de entrada métodos intrusivos en la boca. Deben observarse las pistas que el bebé va dando y orientar a la madre para que estimule, sin invadir ni exigir.

Esta etapa requiere apoyo para que las madres no se desanimen y prefieran el biberón para acortar tiempos.

A veces, son los mismos profesionales quienes pierden la paciencia que esta tarea requiere y desisten de alentar el amamantamiento.

Algunas medidas que ayudan:

- Comenzar con el contacto de gotas de leche en los labios del bebé para estimular una experiencia oral placentera mediante el gusto y el olor.

■ Considerar el estado de conducta del bebé antes y durante la alimentación, antes que las rutinas del Servicio o la conveniencia del personal.

- Mejorar el entorno:
 - físico, ambiental, sensorial.

■ Frente al “rechazo” (batalla, escupe el pezón, se tira para atrás, se duerme):

- Mecerlo.
- Hablarle.
- Bajar la luz y los estímulos.
- Favorecer la organización.
- Favorecer el contacto visual.

■ Estimular la activación del sistema táctil mediante:

- el abrazo materno.
- el masaje suave del labio, cara interna de la mejilla y lengua.

■ Buscar el tono flexor.

■ Brindar música suave con ritmo regular.

■ Evitar cruzar el umbral de estrés del bebé.

Durante ésta etapa transicional se debe prestar atención a la ingesta de leche, que se verá reflejada en el progreso o en el peso estacionario del bebé. Diversos estudios sostienen que el RNPT que se alimenta exclusivamente al pecho no tiene la habilidad de extraer suficiente volumen en todas las tomas del día. La presión intraoral que debe ejercer el bebé para elongar el pezón materno y que sus labios se apoyen sobre los senos lactíferos podría alcanzarse en forma regular recién, a las 40 semanas de edad post-concepcional.

■ Posturas

Los recién nacidos prematuros necesitan sostén adicional de la cabeza y hombros para compensar la escasa habilidad para elongar el pezón y mantener un cierre de labios adecuado. La madre debe sentarse cómoda y relajada, en lo posible. Colocar al bebé preferentemente en posición invertida sobre un almohadón, lo que permite tener siempre visible la adhesión boca-pezón y así lograr un mayor control. Esta posición le permite al bebé mantenerse más despierto.

La mano en forma de “C”, con el pulgar hacia arriba por encima de la areola, y los demás dedos sosteniendo el maxilar inferior del bebé para estimularlo cuando éste cae hipotónico, porque se cansa o se duerme.

■ Cómo administrar la leche materna fortificada

Cuando la madre no está presente para

alimentar al bebé, o bien cuando exista la indicación médica de suplementarlo con cierto volumen de leche enriquecida con fortificador, debe buscarse el método alternativo que evite el uso del biberón.

Numerosos estudios refieren acerca de la confusión del patrón de succión que el uso de una tetina de biberón puede producir durante la etapa de aprendizaje de la succión al pecho²⁰.

■ Métodos alternativos

<i>Taza</i>	Permiten mantener los movimientos peristálticos de la lengua para continuar con la succión al pecho.
<i>Jeringa</i>	
<i>Gotero</i>	

Puede realizarlo el padre u otro cuidador.

El uso del *relactador*: Favorece el contacto continuo con el pecho materno sin introducir otro patrón de succión y, a su vez, provee el estímulo necesario para mantener o incrementar la producción láctea. Se coloca la leche de madre fortificada o la fórmula pretérmino en un biberón de donde sale una sonda K 33 o 35, de acuerdo al volumen y capacidad de succión del bebé. El extremo de la sonda se apoya al pezón materno y el niño extrae junto con la leche del pecho el complemento, sin mediar otra forma de succión. Podría usarse 2 ó 3 veces al día para incorporar los nutrientes que la LM no puede cubrir en esta etapa, sobre todo al regreso a casa.

■ Conclusiones

Con el nacimiento se interrumpe la simbiosis que caracteriza la relación madre-hijo durante el curso del embarazo. Al nacer, el bebé abandona bruscamente un mundo seguro donde todos los estímulos llegan atenuados por las paredes uterinas que lo sostienen y acarician.

Cuando el nacimiento se produce imprevisiblemente, antes del término, el niño prematuro ingresa a la dolorosa experiencia de un mundo de manipulaciones, maniobras invasivas y estímulos, para enfrentar los cuales carece de recursos.

Los padres, en forma repentina, se ven obligados a manejar sus sentimientos de frustración e incompetencia.

El personal de Neonatología se encuentra con personas que “no entienden” y frecuentemente requieren la misma respuesta repetidas veces, expresando así necesidades especiales de escucha, claridad en la información, disponibilidad, veracidad y

solidaridad. También están pidiendo que se los ayude a reencontrar interés, energías y esperanzas para un nuevo día. El bebé, a su vez, es sujeto de derechos como el derecho a recibir la mejor atención médica, con cuidados individualizados que contemplen sus tiempos y necesidades.

El Equipo debe desarrollar habilidad para infundir esperanzas y mostrar comprensión, respetando las particularidades culturales de cada familia, sin paternalismos y sin tomar decisiones por ellos. Las enfermeras representan, por la continuidad de atención, el punto de encuentro entre la familia, el bebé y el Servicio.

La leche humana tiene un papel fundamental en la salud y desarrollo de los prematuros pequeños, con beneficios a corto y largo plazo. Sin embargo, los índices de iniciación y duración de la lactancia materna en la población de prematuros están muy por debajo del de los bebés nacidos a término. Es necesario desarrollar programas de apoyo para la extracción y mantenimiento de la producción de leche de las madres de los recién nacidos prematuros y adquirir capacitación para acompañar a las familias en el aprendizaje del amamantamiento. Aquí es donde se despliegan cada historia familiar y proyecto que los padres pusieron en el "hijo soñado" y se puede brindar a la familia los recursos para desarrollar su capacidad de aceptación del hijo real. La lactancia puede representar una de las oportunidades de "rescate" del deseo del hijo, una apuesta por la vida.

En resumen, las mejores posibilidades para disminuir la mortalidad y las secuelas en el neonato prematuro pueden ser el resultado no sólo de progresos tecnológicos sofisticados, sino también de un conocimiento cuidadoso del comportamiento del bebé, visto desde una perspectiva integral donde la lactancia y el vínculo amoroso con los padres ocupan un lugar privilegiado. ■

¹ SARASQUETA, P. "Dónde y cómo mueren la mayoría de los niños del mundo". Cartas al editor en Archivos Argentinos de Pediatría. Febrero de 2004

² HELMAN V. y VILLAVELLA, M. Niños Prematuros. La clínica de lo perentorio. De la medicina al psicoanálisis. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2000.

³ MUNIAGURRIA G., "Intervenciones psicosociales en la UCIN. Cuidando al recién nacido y sus padres". Conferencia en Simposio de Seguimiento Neonatal. Congreso Perinatólogico Argentino. Buenos Aires, 1998.

⁴ KAVANAUGH K., MEIER, P. et al. "The rewards outweigh the efforts: breastfeeding outcomes for mothers of preterm infants". The Journal of Human Lactation. 13, 1997.

⁵ FAVA VIZZIELO G., C. ZORZI y col. Los hijos de las máquinas. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires,

1993.

⁶ GRIFFIN T., "Enfermeras y familias en la UCIN. La política de visitas". Neonatal Network. Vol. 3 N° 3, 2000.

⁷ THUREEN P., J. "Nutrición enteral temprana y agresiva para el RN". Pediatrics in Review en español. 9/2002. Vol. 23 N° 7.

⁸ LUCAS A, R. MORLEY y COLE, J., "Randomized trial of early diet in preterm babies and later intelligence quotient." British Journal of Medicine, 1998. 317.

⁹ DÍAZ ARGÜELLO V. "Leche materna: evaluación nutricional en el recién nacido." Revista Cubana de Pediatría, Vol. 77 N° 2. La Habana, 2005.

¹⁰ ROGIDO M. "Aspectos prácticos en el manejo nutricional del recién nacido de muy bajo peso". Temas de Enfermería Neonatal. Vol. 2 N° 1. Septiembre 2002. Buenos Aires.

¹¹ CONVERT R., BARMANN et al. "Prior enteral nutrition with human milk protects against intestinal perforation in infants who develop NEC". Pediatr Res. 37. 1995.

¹² LUCAS A, R. MORLEY, T. COLE et al. "Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm". Lancet 339, 1992.

¹³ HYLANDER M. A., D. M. STROBINO et al. "Human milk feedings and retinopathy of prematurity (ROP) among VLBW infants". Pediatr Res. 37, 1995.

¹⁴ KUSCHEL C. A., J. E. HARDING. Multicomponent fortified human milk for promoting growth in preterm infants (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

¹⁵ NYQVIST K.,. Lista de Enfermería Neonatal. Neonatal-talk liststar.bizjet.com.

¹⁶ En el Sanatorio de la Trinidad – Palermo, Buenos Aires se le da un espejo de mano a la madre para que pueda observar la cara del bebé sobre su hombro.

¹⁷ ASPRES Norma, Alicia BENÍTEZ, Ana GALINDO y Miguel LARGUÍA. "Amamantamiento en recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer". Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. XIII N° 3, 1994.

¹⁸ NYQVIST Kerstin et al. "The development of preterm infant's breastfeeding behavior". Breastfeeding paper of the month. Unicef. Septiembre 1999.

¹⁹ MEIER Paula. "Breastfeeding in the special care nursery". Pediatric Clinics of North America. Vol. 48 N° 2. Abril 2001.

²⁰ LAWRENCE Ruth. Breastfeeding: a guide for medical profession. 4ta. Edición. Mosby, 1996.

Bibliografía:

- ASPRES Norma, Alicia BENÍTEZ, Ana GALINDO y Miguel LARGUÍA. "Amamantamiento en recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer". Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. XIII N° 3, 1994.

- ATKINSON Stephanie. "Human milk feeding of the micropremie". Clinics in Perinatology, Vol. 27 N° 1. Marzo 2000.

- CONVERT R., BARMANN et al. "Prior enteral nutrition with human milk protects against intestinal perforation in infants who develop NEC".

Pediatr Res. 37. 1995.

- De SARASQUETA Pedro. "Dónde y cómo mueren la mayoría de los niños del mundo". Cartas al editor en Archivos Argentinos de Pediatría. Febrero, 2004

- DÍAZ ARGÜELLO Virginia. "Leche materna: evaluación nutricional en el recién nacido." Revista Cubana de Pediatría, Vol. 77 N° 2. La Habana, 2005.

- FAVA VIZZIELO Graciela, C. ZORZI y col. Los hijos de las máquinas. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1993

- GRIFFIN Terry. "Enfermeras y familias en la UCIN. La política de visitas". Neonatal Network. Vol. 3 N° 3, 2000.

- HANNA N., K AHMED, MANWAR, et al. "Effect of storage on breastmilk antioxidant activity" Arch dis child fetal neonatal. 89, 2004

- HELMAN Viviana y Marcela VILLAVELLA. Niños Prematuros. La clínica de lo perentorio. De la medicina al psicoanálisis. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2000.

- HYLANDER M. A., D. M. STROBINO et al. "Human milk feedings and retinopathy of prematurity (ROP) among VLBW infants". Pediatr Res. 37, 1995.

- KAVANAUGH K., Paula MEIER et al. "The rewards outweigh the efforts: breastfeeding outcomes for mothers of preterm infants". The Journal of Human Lactation. 13, 1997.

- KUSCHEL C. A., J. E. HARDING. Multicomponent fortified human milk for promoting growth in preterm infants (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

- LAWRENCE Ruth. Breastfeeding: a guide for medical profession. 4ta. Edición. Mosby, 1996.

- LUCAS Alan, R. MORLEY, T. COLE et al. "Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm". Lancet 339, 1992.

- LUCAS Alan, R. MORLEY y T. J. COLE. "Randomized trial of early diet in preterm babies and later intelligence quotient." British Journal of Medicine, 1998. 317.

- MALERBA María Cristina. "Lactancia de prematuros de peso de nacimiento menor a 1500 g en la UCIN". Monografía Curso Superior de Lactancia Materna – SAP, Junio 2006.

- MEIER Paula. "Breastfeeding in the special care nursery". Pediatric Clinics of North America. Vol. 48 N° 2. Abril 2001.

- MUNIAGURRIA Gabriela. "Intervenciones psicosociales en la UCIN. Cuidando al recién nacido y sus padres". Conferencia en Simposio de Seguimiento Neonatal. Congreso Perinatólogico Argentino. Buenos Aires, 1998.

NYQVIST Kerstin et al. "The development of preterm infant's breastfeeding behavior". Breastfeeding paper of the month. Unicef. Septiembre 1999.

- ROGIDO Marta. "Aspectos prácticos en el manejo nutricional del recién nacido de muy bajo peso". Temas de Enfermería Neonatal. Vol. 2 N° 1. Septiembre 2002. Buenos Aires.

- SCHANLER Richard, Nancy HURST y Chantal LAU. "The use of human milk and breastfeeding in premature infants". Clinics in Perinatology, Vol. 26 N° 2. Junio 1999.

- THUREEN Patti J. "Nutrición enteral temprana y agresiva para el RN". Pediatrics in Review en español. 9/2002. Vol. 23 N° 7.