

12º Congreso Argentino de Pediatría Social
7º Congreso Argentino de Lactancia Materna

6, 7 y 8 de septiembre de 2012

Sedes: Complejo de Cines de Cinemacenter Corrientes – Centro Comercial Carrefour y Hogar Escuela “Juan D. Perón”

JORNADA DE BANCOS DE LECHE HUMANA

Tema: Distintos pacientes, distinta leche

Autor: Dr. Luis Arges

Fecha: Viernes 7 de septiembre

Durante las últimas décadas, las características cualitativas de la nutrición con leche humana (LH) y la biodisponibilidad de sus componentes han sido ampliamente reconocidos. Sin embargo, debido a los especiales requerimientos nutricionales de los recién nacidos de Muy Bajo Peso al Nacer (MBPN), la adición de fortificadores de origen bovino ha sido utilizada con frecuencia para lograr mayor peso, mayor perímetro cefálico y longitud corporal, así como del contenido mineral óseo.

Este último concepto, aceptado por los neonatólogos razonable y rápidamente, sin embargo siempre tuvo latente una **controversia con su uso** (origen, alergia, intolerancia, complicaciones a largo plazo?, alto costo). Repasemos primero los beneficios arriba mencionados y ya demostrados que la leche humana de la propia madre o donada pasteurizada tienen para los RN de MBPN, demasiado elocuentes en varios aspectos fundamentales versus la alimentación con fórmulas artificiales: Vaciamiento gástrico más rápido (Cavell 1981; Ewer 1994); logro más rápido de la alimentación enteral total (Uraizee 1989; Lucas 1990; Torres y Argés 2004); mejoría en la estimulación de la motilidad gastrointestinal y un mejor crecimiento y maduración intestinal (Sheard 1988; Groer 1996); asociación con una reducción de la incidencia de enterocolitis necrotizante y sepsis de aparición tardía (Narayanan 1984; Schanler 1999); los lactantes prematuros alimentados con leche humana mejoran el resultado del desarrollo neurológico en comparación con los alimentados con leche artificial (Anderson 1999). Esta asociación ha sido sostenida en el lactante con extremadamente bajo peso al nacer (EBPN) (Vohr 2006). La LH para alimentar a los recién nacidos tiende a mejorar el desarrollo visual con menos retinopatía del prematuro (Hylander 1995) La alimentación exclusiva con LH de donantes reduce la incidencia de enterocolitis necrotizante en comparación con la fórmula artificial para prematuros (McGuire 2003; Boyd 2006)

¿Cómo lograr mantener estas contundentes ventajas y paralelamente obtener tasas de crecimiento apropiadas en muchos RN MBPN utilizando sólo la LH (cruda de su propia madre o donada pasteurizada) sin fortificadores artificiales de origen bovino, que son objeto de crítica por lo mencionado más arriba: su mismo origen; es decir, la utilización de un producto artificial de otra especie para que crezca sano un bebé muy vulnerable al ritmo de nuestra propia especie?

Hoy ya existen fortificadores originados en la liofilización o en la concentración de LH disponibles estos últimos sólo en EEUU (Prolacta™), con cierto costo elevado. Sin embargo podrían resolver definitivamente este problema, ofreciendo un producto de la misma especie y para cada una de las necesidades específicas de cada paciente.

Mientras tanto, se propone usar la LH **en el volumen enteral más alto posible que tolere el bebé (≥ de 200cc/kg/día)** que ya resolvió sus primeras dos semanas cruciales y, en el caso de tener disponibilidad de **LHP de madres de pretérmino (≥2 g/100 de proteínas)** según el peso, se pueden conseguir aportes calórico-proteicos adecuados para crecer según requerimientos, más el agregado de Ca y P para el equilibrio metabólico óseo. Si no, se puede optar por el **caseinato de calcio en dextrosa 5%** no incorporado a las FA (se necesita volumen importante de agua) o finalmente, los fortificadores bovinos en polvo; podría duplicarse la concentración sugerida por los fabricantes (1 sobre cada 50 cc a uno en **25 cc de LH**, e incorporarlos además **desde los 50 cc/kg/día** en vez de los tradicionales 100 cc/kg/día de aporte enteral. Estas últimas propuestas **NO** utilizan fórmulas artificiales para prematuros. También debe tenerse en cuenta la propuesta (Llanos, Mena y Uauy, 2004) de implementar **protocolos estandarizados por categoría de peso** (ej. < 750 g; 750-1000g; 1000-1250g; 1250-1500g) que disminuye la variabilidad en las prácticas de alimentación, permitiendo la evaluación y el efecto de las mismas.