



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



Por un niño sano  
en un mundo mejor

**Corrientes**

**6, 7 y 8 de septiembre de 2012**

**Mesa Redonda**

**Lactancia en los servicios de Neonatología**

**Los padres y el personal de la Unidad de Neonatología.  
Cómo mantener la lactancia?**

Lic. Enf. María Cristina Malerba  
Sanatorio de la Trinidad Palermo  
Subcomisión de Lactancia Materna  
Sociedad Argentina de Pediatría



# Un poco de historia...

Recién en **1904**, se menciona la "*dignidad del sufrimiento del prematuro*" (Zahorsky)



- ❑ Couney expropiaba a los niños de sus madres para exponerlos.
- ❑ A medida que los cuidados del RN se fueron institucionalizando, se excluyeron más a las madres,
- ❑ se alimentó a los bebés con leche industrializada.
- ❑ El personal se adueña del bebé enfermo.
- ❑ En los 70 Klaus y Kenell observaron los niños que fueron privados de la madre durante la internación, regresaban golpeados, mal cuidados y desnutridos a las guardias.
- ❑ Se comienza a permitir el ingreso de las madres a las Unidades como "visitas".

# La familia no debe considerarse “visita” en la Unidad

- ❑ Si defendemos la alimentación de los prematuros con leche materna, en 1º lugar debemos respetar el ingreso irrestricto de los padres .
- ❑ La leche de la propia madre no debería ser reemplazada por fórmula ni leche donada, sin agotar las posibilidades de que la mamá se extraiga leche.
- ❑ Su leche contiene componentes inmunológicos específicos para la edad gestacional y el ambiente en que está su niño en particular.



## 5

**Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.**

- Las sociedades científicas del mundo recomiendan **la leche materna como el mejor alimento para el niño nacido de parto prematuro**, ya que le da protección inmunológica, favorece su crecimiento y neurodesarrollo y brinda bienestar emocional, tanto para el niño como para la madre, en la situación de alto estrés que ambos atraviesan.



# Defendemos la alimentación con leche humana en las Unidades porque...

Reduce el riesgo a corto y largo plazo de:

- Infección hospitalaria (*Furman, Arch Pediatr Adolesc Med, 2003*)
- Enfermedad pulmonar crónica (DBP)
- Retinopatía (ROP) *Patel, Engstrom, Pediatrics American Societies, 2008*
- Rehospitalización
- Enterocolitis necrotizante (ENC) *Sisk, J Perinatology, 2007*
- Mejora la tolerancia a la alimentación enteral
- Mejora el handicap cognitivo

# 4 períodos críticos para la alimentación de los prematuros con LH *(P Meier, 2010)*

1. El calostro: como transición de la vida intrauterina a la nutrición en la vida extrauterina en la Unidad.
2. Nutrición en el 1º mes postnacimiento, transición de calostro a leche madura.
3. Nutrición a lo largo de la estadía en la Unidad, transición de la SNG al pecho
4. Sostenimiento de la lactancia al alta de la Unidad y en el hogar, transición a la lactancia exclusiva.



**Objetivo:**  
Relacionar cada uno de estos períodos con  
la familia y el personal de la UCIN



*Photo: William Hirtle/Save the Children*

# 1º Período crítico- Alimentación con calostro

*( Meier, Engstrom, Clinical Perinatology 37, 2010)*

- ❑ Debería ser la 1º alimentación recibida por el bebé prematuro
- ❑ Hisopar la mucosa oral del bebé con calostro, antes de la alimentación trófica, brinda protección específica de la neumonía asociada a la ARM.
- ❑ Administrar preferentemente de acuerdo al orden que ha sido producido si se ha guardado freezado.
- ❑ Después de 3- 4 días de dar calostro exclusivo, puede alternarse con leche madura.
- ❑ Nunca debe mezclarse el calostro con fortificadores
- ❑ La administración de fórmula debería evitarse durante la administración de calostro, ya que puede afectar la integridad de la mucosa intestinal, interrumpir la colonización protectora que proporciona la LH.

# Implicancias sobre la familia en el 1º período crítico

Bebé	Padres
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ingreso a la UCIN</li><li>• Intervenciones invasivas<ul style="list-style-type: none"><li>ARM – catéteres – medicación EV</li></ul></li><li>• Ayuno</li><li>• Monitorización</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Shock inicial</li><li>• Confusión – frustración</li><li>• Sufrimiento visceral</li></ul>



# Implicancias sobre el personal en el 1º período crítico

- Contención emocional
- Sostén de la esperanza frente a un bebe en estado crítico
- Información precisa
- Favorecer el ingreso inmediato de los padres
- Las madres refieren que “la única conexión tangible con su bebé” frente a los cuidados especiales del Equipo es extraerse leche.
- Ofrecer a la madre ayuda para extraerse leche en lo posible desde el 1º día.
- Brindar ayuda técnica:
  - Facilitar bomba de extracción mecánica o manual.
  - Comenzar progresivamente hasta 7 – 8 extracciones diarias.
  - Entregar instructivo o material escrito.

# Recomendaciones prácticas para el personal:

- ❑ El calostro debe guardarse en pequeños containers estériles, identificados por día y hora de la extracción.
- ❑ Si se va a administrar de inmediato, las 1<sup>o</sup> extracciones que suelen ser escasas, pueden recolectarse en una jeringa de tuberculina o de 2,5 cc, protegiendo la punta con un tapón estéril.
- ❑ Si la madre se extrae pequeñas gotas de calostro, pueden "diluirse" con 1cc de agua destilada, a fines de poder recolectarlo.
- ❑ La obtención de calostro se facilita cuando es posible la combinación de una bomba eléctrica con expresión manual.



## Implicancias para la familia durante 2º período crítico: el primer mes postnacimiento

<b>Bebé</b>	<b>Padres</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estado crítico o estable</li><li>• Continúa con tratamientos invasivos</li><li>• Sonda orogástrica: alimentación enteral mínima.</li></ul> 	<ul style="list-style-type: none"><li>• Al principio negación de la realidad: "No puede ser que esto me esté pasando a mí"</li><li>• Dificultad para comprender la información</li><li>• Luego, aparece el enojo, impotencia. <i>"Esto es injusto"</i></li><li>• Pueden aparecer conflictos con el equipo</li><li>• Agresividad, crítica. <i>"La enfermera de la noche no me gusta, la de la tarde es buena"</i></li></ul>

# Implicancias para el personal durante 2º período crítico: el primer mes postnacimiento

- Momento de estrés del equipo
- Cuidado de la relación con los padres
- Ayuda y escucha para disipar angustias y temores
- Reiterar información y apoyo a la madre para que progrese y mantenga la extracción de leche. Sostén para la etapa de la *bajada de leche*.
- Coincide 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.
- Promover la mayor permanencia posible de la madre junto al bebé.
- Favorecer el ingreso de la familia a la Unidad (padre, hermanos, abuelos).

# Implicancias para el personal durante 2º período crítico: el primer mes postnacimiento

- ❑ Brindar espacios cómodos (sala de estar, residencia para madres, comidas...).
- ❑ Extracción de leche en el Lactario o Centro de lactancia.
- ❑ Facilitar la interrelación con las otras madres que se extraen leche (intercambio de experiencias, solidaridad, identificación).
- ❑ Estimular el contacto piel a piel y el acercamiento al pezón materno,(succión al pecho vacío).



# Los padres apoyados como cuidadores

- ❑ Es un eje básico de la atención humanizada en neonatología.
- ❑ Implica cambios en la estructura de las unidades, en los horarios y, sobre todo, en las actitudes del personal.
- ❑ Tomar conciencia de que están atendiendo familias y no sólo recién nacidos, en la atención a sus necesidades físicas y también emocionales.
- ❑ Debe fomentarse su participación desde el primer momento, adecuando el grado de implicación a sus capacidades y a las necesidades de los niños.
- ❑ Cuanto más participen, mayor conocimiento del hijo, más confianza en las propias capacidades y en las del niño, y mejor pronóstico.



## Tener en cuenta:

La capacitación de los profesionales, para aprender a trabajar con los padres adentro de la Unidad, es imprescindible.

- ❑ *Participación en las decisiones.* Los padres tienen derecho a entender y participar en las decisiones que se toman respecto a sus hijos. No se excluye la posibilidad que acaben participando en los pases.
- ❑ *Privacidad/condifencialidad.* El hospital debe asegurar la privacidad, no sólo de la información recibida, sino también del espacio del niño y su familia. También puede ser muy importante durante situaciones críticas
- ❑ *Confort.* Disponiendo de espacios para su relax y descanso, así como facilidades para su alimentación (especialmente de las madres que amamantan) y alojamiento (Residencia para madres).
- ❑ *Potenciar la estancia conjunta.*

# Tener en cuenta:

- ❑ Detectar y tratar el estrés parental, una tarea compartida por todos los profesionales
- ❑ Detectar y atender las situaciones sociofamiliares de riesgo
- ❑ Trabajar con comprensión y respeto a las diferencias interculturales
- ❑ Atención a los hermanos, al papel del padre, a las situaciones de duelo, ...



M. C. Malerba

# La enfermera como “figura sustitutiva” de los cuidados maternos

Los padres identifican a la enfermera como quien controla el cuerpo del bebé y posee los conocimientos de los aparatos que lo ayudan a vivir.

La ven como quien sabe acercarse, cuidar y manejarlo con la habilidad que ellos carecen.



Son vistas como las “*verdaderas nutridoras*”, establecen alianzas, celos, competencias y conocen las costumbres de cada turno.

# Algunos recursos para trabajar con los padres en la Unidad

Dos mujeres frente a un mismo niño: la enfermera establece una relación estrecha con el bebé, que la enriquece a nivel profesional y personal, sólo en la medida que tenga claro que la mejor madre que puede tener este niño es la suya.



La valoración, por parte del equipo, de los padres como “*buenos o malos*”, impide comprender las razones de actitudes abandónicas.

No todos los padres cuentan con los recursos personales para nutrir y dar amor.

Pueden aparecer prejuicios de parte del equipo hacia familias de bajo nivel socioeconómico sobre su capacidad de comprensión, (“*la madre no entiende nada...*”)

# Implicancias sobre la familia, en el 3º período crítico: la estancia en la UCIN

## Bebé

- Estado estable, descomplejización
- Mayor requerimiento de LM
- Puede estar en brazos por más tiempo.
- En cuna, "en engorde"
- Pasaje de la sonda a la succión
- Mayor interacción con los padres.



## ▪ Padres

- Tristeza, al principio, interacción con el hijo real, depresión, culpa.
- Cansancio físico
- *Interacción con el hijo real: "Esto nos está pasando a nosotros"*
- Mayor participación en el cuidado del bebé, apego: "Me cuesta dejarlo"
- Desplazamiento de las preocupaciones: aumento de peso, probable alta, relación con los otros hijos
- Preparación para el regreso al hogar con el bebé

# Implicancias sobre el personal, en el 3º período crítico: la estadía en la UCIN

- ❑ Aumenta la producción de leche si la mamá persiste en extracciones frecuentes.
- ❑ Educación: comienza etapa de mayor acercamiento al hijo: aprende a comprender las necesidades del bebé e intenta satisfacerlas con el sostén de Enfermería.
- ❑ Evitar la complementación con biberón, usar métodos alternativos. Usar el chupete sólo en ausencia materna o durante procedimientos dolorosos
- ❑ Estimulación del vínculo a través de la lactancia
- ❑ Respeto por el estilo personal de crianza de cada familia
- ❑ *Facilitación del camino hacia el alta*



# Particularidades de la etapa previa al alta



- ❑ Ansiedad materna por el progreso de peso.
- ❑ Frente al alta, la madre puede tener disminución de la producción de leche, se siente temerosa y angustiada:  
*"¿Seré capaz de cuidarlo en casa?"*
- ❑ Celos o competencia con las enfermeras:  
*"Sabes cuidar al bebé más que yo"*
- ❑ Ayuda técnica para resolver problemas de succión.
- ❑ Búsqueda de la mejor lactancia posible para esta diada.

# La boca: mucho más que un lugar para alimentarse

Es el 1º órgano de satisfacción.

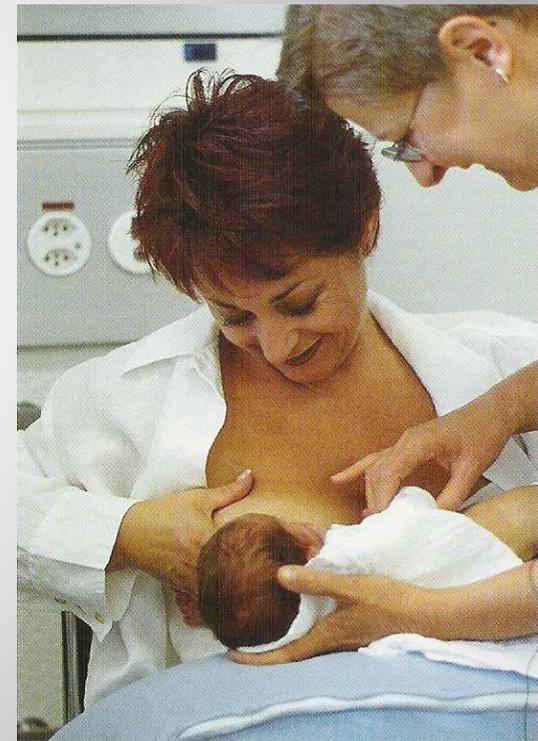


- ❑ A través de la succión, el bebé descarga tensión, se relaciona consigo mismo, y con el mundo exterior.
- ❑ El prematuro llega a la succión con una historia anterior compleja en relación a la boca de estímulos desagradables.
- ❑ Suele tener aversión oral, se vuelve defensivo y a veces resiste a los alimentos por la boca.
- ❑ Respetar los tiempos propios, le permitirán la reparación de la historia vivida. Tratar de que la "lucha" del bebé con la sonda no se traslade al pecho .
- ❑ La desesperación por salir de alta, pueden boicotear los tiempos necesarios para el aprendizaje de la lactancia y terminar en biberón.

# El gran desafío: el amamantamiento

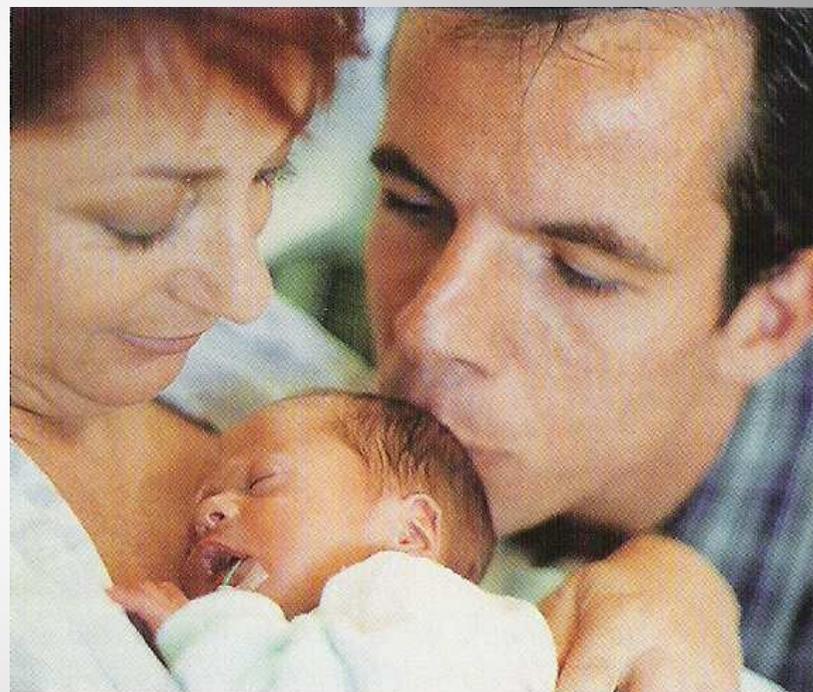
Para favorecer el encuentro:

- ❑ Mejorar el entorno: físico, ambiental, sensorial, comunicación
- ❑ 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 :
  - Buscar el tono flexor.
  - Brindar música suave con ritmo regular.
  - El abrazo materno.
  - El masaje suave del labio, cara interna de la mejilla y lengua.
  - Evitar cruzar el umbral de estrés del bebé



# Implicancias para la familia en el 4º período crítico: alimentación con leche humana después del alta

La madre tendrá suficiente producción de leche si ha mantenido la extracción durante la internación. Si la exigencia desde el equipo, o la familia sobre la "obligación" de dar el pecho, se hace intolerable, puede abandonarse el intento .. "La madre necesita que se respeten sus deseos, cansancios y posibilidades internas respecto a la puesta al pecho, ya que amamantar es mucho más que dar leche." (Gabriela Pose, 2004)



# ¿Qué factores deberían tenerse en cuenta para planificar el alta?

- ❑ Que la madre puede anticipar y decodificar las demandas del bebé, que serán estables hasta que se inicie otra etapa de su desarrollo, y que ella es capaz de responder a las necesidades del hijo, sin desestabilizarse.
- ❑ Que el bebé esté creciendo con la alimentación elegida.
- ❑ Que esté resuelta la forma de alimentación con acuerdo de los padres.



# Implicancias para el personal en el 4º período crítico: alimentación con LH después del alta

Si el niño necesita reforzar su aporte calórico al alta, se enseñará a la madre a:

- ❑ Extraerse leche antes de ponerlo al pecho, a fines de ofrecerle la leche más rica en grasas.
- ❑ Hacer un pull con la leche extraída, que puede ser administrada por vasito o relactador.
- ❑ Si se evalúa la necesidad de reforzar aun el aporte proteico, en bebes con progreso lento de peso, de muy baja EG, o menores de 1500 gramos de PN:  
la leche de la madre extraida puede ser fortificada.
- ❑ Es importante que la madre reciba asesoramiento para las dificultades de lactancia en el consultorio de seguimiento.

# Conclusiones 1



- ❑ La evidencia dice que la LM es la primera opción para todos los niños, incluidos los prematuros y enfermos, en quienes los beneficios antinfecciosos, del neurodesarrollo, emocionales, y económicos, adquieren especial relevancia.

*Section on Breastfeeding, Pediatrics 2005;115;496-506*

- ❑ Para que una madre pueda proveer leche para su hijo prematuro, se requiere de cuidados respetuosos y humanizados de parte del personal de la Unidad:
- ❑ El contacto piel a piel, la permanencia junto al bebe sin restricciones, el acceso a la información, la participación en la toma de decisiones, la facilitación para la extracción, y almacenamiento de la leche materna.

## Conclusiones 2



**La** lucha por humanizar la atención de la salud va indisolublemente unida a garantizar condiciones adecuadas de trabajo para los profesionales y todo el equipo de salud. Estas condiciones también tienden a deshumanizarse.

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





**Aguante la lactancia!!**