

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

INNOVACIÓN Y MEJORA EN LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

Autor principal MARIA ANGELES LORCA JAIMEZ

CoAutor 1 ANTONIO EUSEBIO VILLEN

CoAutor 2 JUAN CARLOS GARCIA GONZALEZ

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Neonatología y Pediatría

Palabras clave prematuridad lactancia crecimiento desarrollo

» Resumen

Se realizó un estudio comparativo en la unidad neonatal del HCU de Granada, con un grupo de niños prematuros con EG inferior a 37 semanas y con peso entre 1500g-2200g sin patología añadida, sobre como crecían y se desarrollaban los niños que iniciaban su alimentación precozmente con leche materna, en comparación con niños que se alimentaban con formulas lácteas; el objetivo de este estudio es comprobar los beneficios que aporta la lactancia materna en niños prematuros tras el alta hospitalaria, con respecto a los niños que crecen y desarrollan con formulas infantiles.

Se ha definido brevemente la prematuridad y su clasificación; La prematuridad es un proceso que afecta al desarrollo del bebé nacido antes de que se hayan cumplido 37 SG.

Los lactantes cuyo peso en el momento del nacimiento es inferior a 2.500g se denominan lactantes con peso bajo al nacer (PBN). Si estos niños tienen una edad gestacional inferior a 37 semanas se les denomina prematuros; si han nacido a término y presentan PBN se les denomina lactantes pequeños para la edad gestacional (PEG).

Se analizaron los beneficios de la lactancia materna en general y en particular sobre los niños prematuros que tiene unas características especiales y unos requerimientos energéticos altos, por su mayor tasa de crecimiento; la tasa de crecimiento de estos niños se ve afectada por padecimientos como la hipoxia y sepsis.

Entre las ventajas que presenta la LM: hay un efecto positivo en el desarrollo intelectual, en el crecimiento en cuanto a peso y talla; Proporciona factores inmunes, que aumenta la protección pasiva contra infecciones y favorece el desarrollo del sistema inmune del niño especialmente IgA. Se ha demostrado un efecto protector para prevenir el riesgo de padecer DMI, así como enfermedades cardiovasculares y cáncer.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

3.1 La lactancia materna es más ventajosa para el crecimiento y desarrollo de los recién nacidos prematuros que la alimentación con leches de formula infantiles e incluso leches especiales para prematuros.

Mejor crecimiento antropométrico peso, talla, perímetro craneal, sin efectos adversos a corto y medio plazo.

3.2 La prematuridad es un proceso que afecta al desarrollo del bebé nacido antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. En la actualidad no puede considerarse la prematuridad como un factor de riesgo global, es preferible definir muy bien el grado de madurez y el peso al nacimiento. Los más inmaduros serán los que precisaran mayor intervención y una planificación del alta hospitalaria cuidadosa.

La prematuridad, especialmente en caso de ser extrema, es la causa principal de los problemas e incluso de la muerte tras el parto. Son un grupo de riesgo por la posibilidad de padecer problemas neurosensoriales, patología del desarrollo y enfermedades crónicas. Algunos de los órganos internos del bebé pueden no haberse desarrollado completamente, lo que le expone a un riesgo mayor de padecer determinadas enfermedades. Cuando la edad gestacional EG está cerca a las 37 semanas la patología que presentan es mínima.

En general, se desconoce la razón por la cual un bebé nace prematuramente. El cuidado prenatal inadecuado, una nutrición deficiente o una enfermedad o infección no tratadas durante el embarazo también exponen a la mujer a un elevado riesgo de parto prematuro. Así también los embarazos múltiples, o embarazos de técnicas de reproducción asistida suelen tener también más riesgo de parto prematuro. Si el cuidado médico se inicia al comienzo del embarazo, el riesgo de parto prematuro disminuye y, en caso de que éste se presente, mejora el pronóstico.

3.3 Se han realizado estudios sobre los beneficios de la lactancia materna, por Lawrence Ruth.A,

A. GÓMEZ PAPÍ Unidad Neonatal. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. BOL PEDIATR 1997; 37: 147-152

Dra. Felisa Cilla pediatra, del curso impartido por la Dra Baeza en el colegio de médicos sobre la Lactancia Materna.

3.4 ¿Dónde se realizó el trabajo? En el Hospital Clínico Universitario S. Cecilio de Granada.

3.5 La realización de este estudio surge durante el desarrollo de las prácticas del Master Nutrenvigen G+D en la unidad neonatal del HCU San Cecilio, en donde, en el periodo de Mayo a Octubre, existía un buen porcentaje de niños nacidos prematuramente.

Existen experiencias previas y estudios realizados que avalan la repercusión favorable que tiene el inicio de la LM especialmente en niños prematuros.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Los niños recién nacidos prematuros, presentan unas reservas energéticas endógenas escasas para hacer frente a los nuevos requerimientos a los que van a ser sometidos en la vida extrauterina.

Frecuentemente los RNP presentan peso, longitud y perímetro craneal con dos desviaciones estándar por debajo de los estándares intrauterinos. El desarrollo adecuado de los pulmones es fundamental para el recién nacido. Además de unos pulmones inmaduros, un bebé prematuro tiene un desarrollo cerebral incompleto, lo cual contribuye a provocar pausas en la respiración (apnea), debido a que el centro respiratorio del cerebro puede ser inmaduro. Es posible tratarlos para reducir la frecuencia de la apnea y el bebé se recuperará a medida que el cerebro madure. Un cerebro muy inmaduro es vulnerable a hemorragias o a lesiones si se interrumpe el suministro de oxígeno o de sangre.

El desarrollo prematuro del cerebro puede impedir inicialmente que el bebé succione y trague normalmente. Muchos bebés prematuros se alimentan por vía intravenosa al principio y luego pasan a la alimentación con leche suministrada a través SNG (sonda nasogástrica). A las 34 semanas de edad, deben ser capaces de tomar la leche del pecho materno o de un biberón. Inicialmente, el reducido tamaño del estómago puede limitar la cantidad que se les puede administrar en cada toma, aunque esta irá aumentando progresivamente y conseguir una tolerancia aceptable.

Los bebés prematuros son particularmente propensos a sufrir fluctuaciones en los valores glucémicos (ya sean altos o bajos).

El sistema inmune de los bebés prematuros no se encuentra totalmente desarrollado. No han recibido el complemento necesario de anticuerpos contra las infecciones, que les proporciona su madre a través de la placenta. El riesgo de contraer infecciones graves, sobre todo las que afectan al flujo sanguíneo (sepsis), es considerablemente más alto en los bebés prematuros que en los nacidos a término. También son más propensos a contraer enterocolitis necrotizante, especialmente con más predisposición los prematuros que son alimentados con formulas infantiles.

Antes del nacimiento, los productos de desecho del feto atraviesan la placenta y son excretados por la madre. Después del parto, los riñones y el intestino deben hacerse cargo de esta función. La función renal en un bebé sumamente prematuro es limitada, pero mejora a medida que los riñones maduran.

4.1 ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto?

Dadas las características de los RNP, se pretende fomentar la Lactancia Materna y dar a conocer más profundamente los beneficios que esta conlleva con respecto a la alimentación con leche de fórmula. La nutrición del RNP es un desafío continuo. El RNP tiene altos requerimientos energéticos por su mayor tasa de crecimiento. La pérdida de calor por la piel también incrementa las necesidades calóricas. El RNP gasta entre 60-75 Kcal./Kg./día y requiere al menos 120 Kcal./Kg./día para lograr el crecimiento mínimo deseado de 15 gr./Kg./día.

La tasa de crecimiento de estos niños se ve afectada por padecimientos como la hipoxia y sepsis. La tendencia actual es iniciar la alimentación enteral en forma rápida con leche materna fortificada.

La leche materna se considera la mejor elección para la alimentación enteral y se ha sugerido que tiene efecto protector contra la Enterocolitis necrotizante. Es necesario fortificarla con calcio y fósforo para garantizar un crecimiento óseo adecuado. Cuando se inicia la alimentación enteral con leches industrializadas existe mayor riesgo de presentar ECN.

De especial relevancia la lactancia materna, tiene numerosas ventajas sobre la alimentación del recién nacido prematuro; persiste la idea de que la mejor forma de alimentar a un recién nacido, es administrando la leche de su propia madre a través del pecho materno, ya que la leche humana es un alimento muy complejo del que cada vez más, vamos conociendo sus propiedades nutritivas y sus ventajas con respecto a las leches de fórmula. Se relaciona que a mayor tiempo de mantener la lactancia materna, mayores beneficios se alcanzan, de acuerdo con numerosos estudios y revisiones sistemáticas, que comparan crecimiento, desarrollo, índice de morbilidad-mortalidad de niños con distintos periodos de mantener la LM, considerando óptimo el periodo que alcanza los seis primeros meses de vida.

4.2 ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas?

Se evalúa el crecimiento del niño observando cambios en la estatura y en el peso y comparándolos con curvas de crecimiento normales.

Durante los meses de Mayo-Octubre 2010, se realizó un estudio comparativo sobre como crecían y desarrollaban los niños que iniciaban su alimentación precozmente con leche materna, en comparación con niños que se alimentaban con leche de fórmula; Se pasó un cuestionario a los padres de niños nacidos prematuros e ingresados en la unidad neonatal del Hospital Clínico Universitario S.Cecilio de Granada. Previamente estos padres habían dado consentimiento de que sus hijos fuesen objeto de este estudio. Los criterios de inclusión de este estudio eran:  que todos nacieron prematuros con un peso entre 1500g, y 2.200g.

 sin patología añadida

 se mantenía en esta unidad hasta alcanzar el peso aproximado si hubieran nacido a término;

4.3 ¿Qué tipo de intervención se realizó?

Se realizó un protocolo recogiendo las variables a tener en cuenta para el estudio, estas son:

Datos de la madre:

Edad, nº de hijos, si ha alimentado a sus hijos incluso al actual con lactancia materna, cuánto tiempo?

Tipo de parto: vaginal, con epidural, cesárea

Datos del RN:

Edad gestacional

Peso al nacer

Talla al nacer

Perímetro craneal

Test de apgar 1 minuto, 5m y 10m.

Peso y talla al alta hospitalaria, perímetro craneal.

Tipo de alimentación durante la estancia hospitalaria, inicio de la LM, formulas infantiles, exclusividad de una u otra forma de alimentación, o mixta;

Estado del recién nacido al nacer: si ha habido sufrimiento fetal, si ha precisado reanimación?, si ha presentado hipoxia, otros

Se ha practicado precozmente contacto piel con piel?

Es hijo de embarazo múltiple?

Es hijo de embarazo de una técnica de reproducción asistida?

Evaluación de los factores medio ambientales en domicilio:

Tipo de alimentación

Practica de cuidados canguro en domicilio.

Valoración del desarrollo: llanto

Patrón del sueño

Cólico del lactante

Baño diario, horario

Recibe la madre apoyo de la familia?

Una vez recogidos los datos, se pasó un cuestionario a los padres durante el ingreso hospitalario tras el nacimiento (cuestionario pre test) y al pasar 3-4 meses se volvió a tener entrevista con los padres (cuestionario post-test). De los dos cuestionarios pasados (antes del alta hospitalaria) y post-test (después del alta hospitalaria), se relacionaron todas las variables y se hicieron las estadísticas, obteniendo los resultados del trabajo.

4.4 ¿Cómo se cuantificó el problema?

Comparando los niños prematuros alimentados con leche materna de forma exclusiva, con los niños alimentados de forma mixta o solo con leche de fórmula, las curvas de crecimiento eran similares en cada uno de los grupos; a pesar que muchos estudios refieren un enlentecimiento del crecimiento con la forma de lactancia materna con respecto a la alimentación con leche de fórmula, las curvas de crecimiento durante los tres primeros meses de vida eran muy similares de una y otra forma de alimentación, aunque si se percibió un ligero incremento del perímetro craneal de los niños que estaban siendo alimentados con lactancia materna.

» **Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

Las intervenciones antes y después del alta, son eficaces para la promoción de la lactancia materna de forma exclusiva, la duración de la lactancia y también la satisfacción materna de recién nacidos prematuros. Estos resultados tienen importantes implicaciones clínicas que apoyan la necesidad de intervenciones basadas en evidencia, para promocionar la lactancia materna en bebés prematuros y del seguimiento y el apoyo después del alta hospitalaria.

5.1 Viabilidad. Aplicabilidad. Coste-Beneficio.

Los beneficios que conlleva en el crecimiento del niño y en su desarrollo posterior, el ser alimentado con LM con respecto a fórmulas infantiles, que además de su elevado costo y su intencionada imitación a las leches humanas, todavía están lejos de alcanzar los mismos efectos beneficiosos del ser alimentados de forma natural.

Este proyecto es totalmente viable y aplicable puesto que solo precisa la inversión en una buena educación sanitaria promocionando la Lactancia Materna; conocer los beneficios a corto y medio plazo de la alimentación natural precisa muy poco coste y un gran beneficio durante el desarrollo del bebé y a largo plazo en la vida adulta.

5.2 ¿Cómo se midieron los resultados?

Los resultados se midieron al comparar el crecimiento, en peso, talla, perímetro craneal y comportamiento de RNP alimentados solo con LM, con respecto a los que se alimentaron de forma mixta o con fórmulas lácteas. Comprobando que no existía diferencia en estos valores

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

A pesar de que el periodo en que se realizó el estudio no fue excesivamente largo, la muestra se puede considerar importante al tener numerosos casos de prematuridad coincidentes con las fechas del estudio.

Entre las barreras, hay que valorar:

- La falta de tiempo.
- La dificultad para recoger los datos al disponer de multitud de variables a valorar.
- La implicación de la madre y los familiares, que necesita dedicación expresa.
- Los recursos humanos tan escasos para el desarrollo del trabajo.
- Los reducidos espacios de las salas de ingreso.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

El hecho de alimentar a los niños al pecho, también hace que la madre y el niño estén más apegados y el niño perciba el calor corporal de la madre, (por lo que mejora su termorregulación), su latido cardiaco, el tono de su voz, el contacto directo piel con piel, estos factores mejoran el crecimiento y el desarrollo ya que contribuyen a un bienestar psicológico tanto del niño como de la madre y el resto de familiares, tranquilidad beneficiosa para ambos, que permiten la mejor evolución para el prematuro.

» Propuestas de líneas de investigación.

Se requiere seguir investigando para determinar que intervenciones son más eficaces para promover la lactancia materna de forma exclusiva y los beneficios de esta, a largo plazo para los bebés prematuros.

Sería conveniente realizar un estudio más amplio, con muestras mayores, en distintas zonas geográficas y durante más tiempo, para obtener resultados basados en la evidencia.