



9° CONGRESO ARGENTINO DE
LACTANCIA MATERNA
25-27 ABRIL 2018 BUENOS AIRES

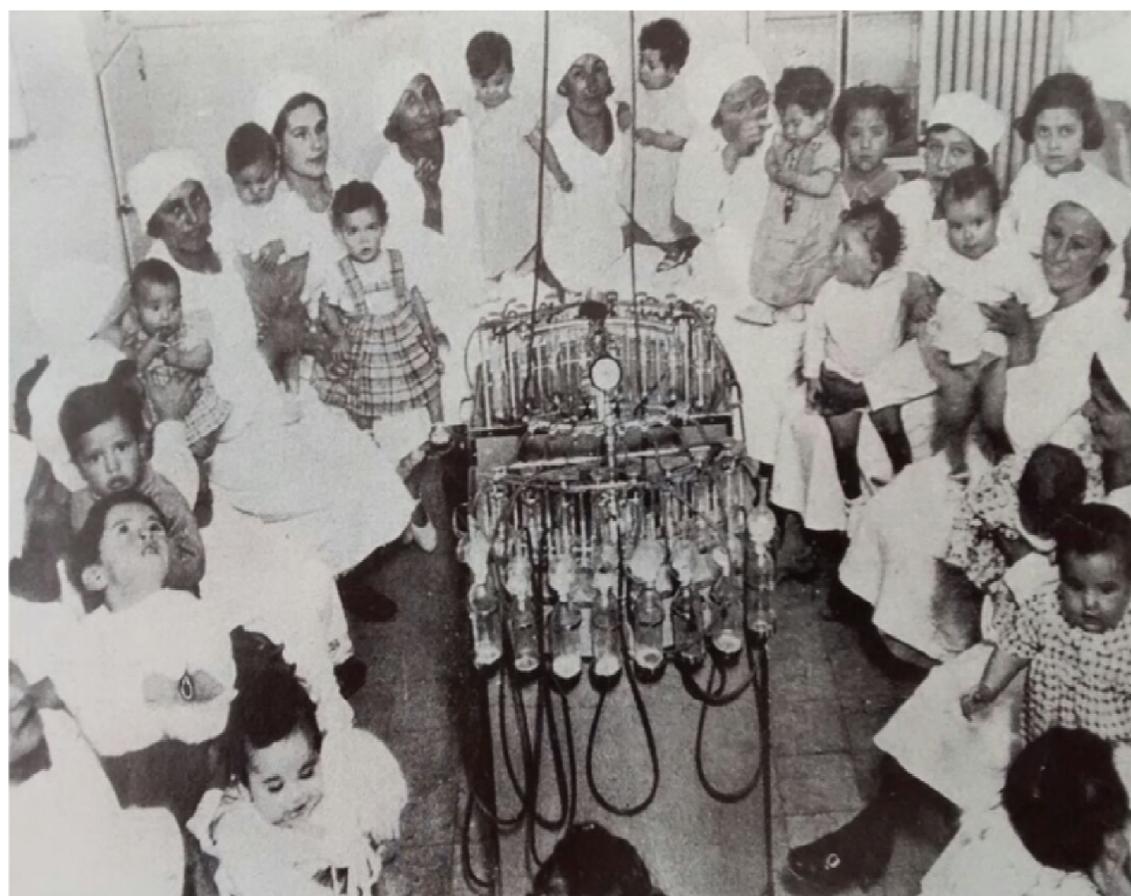


*SESION INTERACTIVA:
"SITUACIONES CLÍNICAS EN LACTANCIA MATERNA"*

**LECHE MATERNA PARA RECIÉN
NACIDOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS
DURANTE LA INTERNACIÓN**

Dra. María Isabel Moyano. Pediatra.
Neonatóloga.
Centro de Lactancia materna / Centro de
recolección de Leche Humana. Mendoza.

LECHE MATERNA PARA RECIÉN NACIDOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS EN INTERNACIÓN



Lactario Hospital de
Niños Emilio Civit.
Publicación Diario Los
Andes Mendoza 1939

LECHE MATERNA PARA RECIÉN NACIDOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Recomendación OMS:

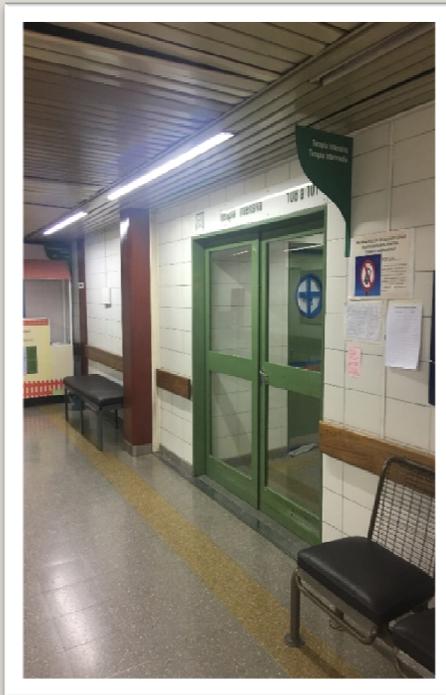
El mejor alimento para un bebé que no puede ser amamantado es la *leche extraída* del pecho de la madre. El mejor alimento para cualquier bebé cuya leche de la propia madre no está disponible es la *leche de otra madre* sana, previamente *pasteurizada* y bajo estrictos controles de calidad, a través de un Banco de Leche humana (BLH) autorizado”.

OMS /UNICEF

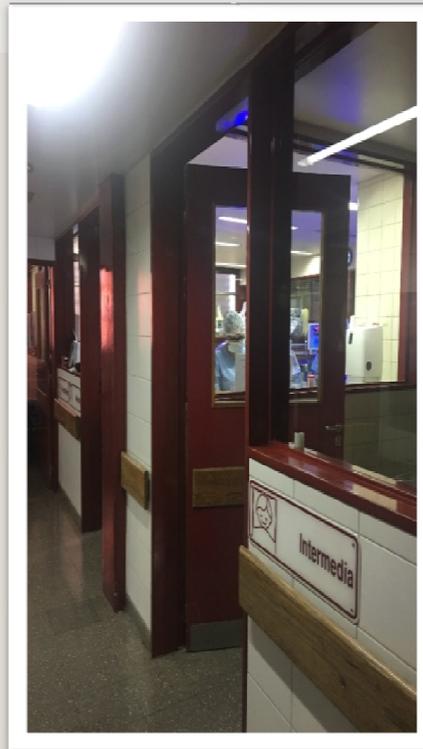
2001.

AREAS CRÍTICAS

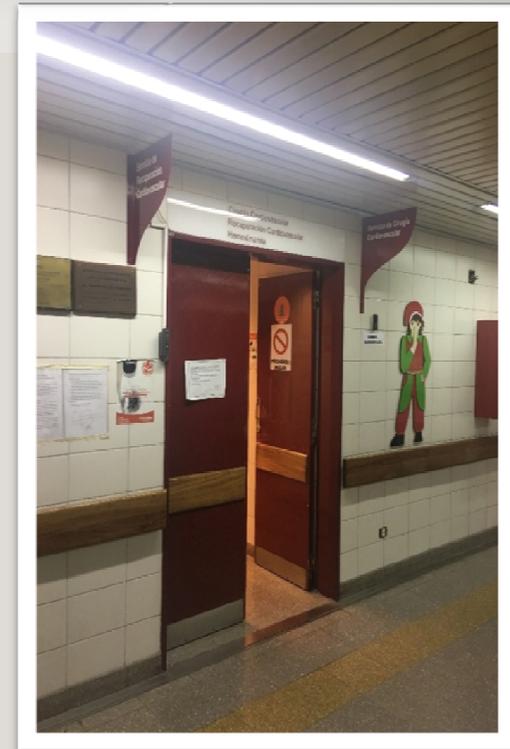
Hospital Pediátrico H. Notti, Mendoza



Terapia Intensiva
Pediátrica



Terapia Intensiva Neonatal



Recuperación
Cardiovascular

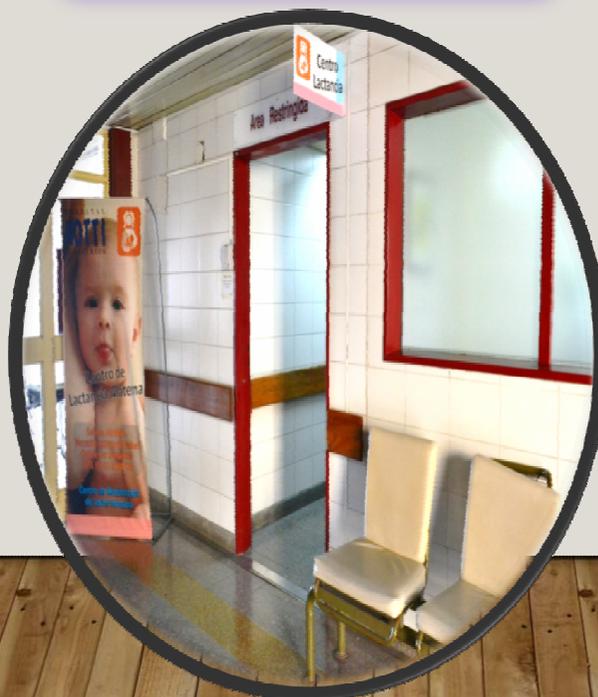


EQUIPO INTERDISCIPLINARIO CAPACITADO EN LACTANCIA

- Médicos: pediatras, neonatólogos, intensivistas, recuperadores, cirujanos pediatras.
- Nutricionistas especializadas en pediatría.
- Psicóloga perinatal.
- Enfermeros neonatales, terapist
- Kinesióloga.
- Fonoaudióloga.
- Personal de apoyo.



LECHE MATERNA PARA EL RECIÉN NACIDO CRÍTICAMENTE ENFERMO EN INTERNACIÓN



CASO CLÍNICO 1: BRUNO

- **Bruno** fue derivado desde una clínica privada al Servicio de Neonatología de nuestro hospital al 5° día de vida por presentar distensión abdominal y vómitos persistentes. Fue trasladado con Hidratación parenteral (VNC), una sonda orogástrica abierta (SOG) y antibióticos. Su peso de nacimiento fue 3850 gr y 38 semanas de edad gestacional. Embarazo controlado, nacimiento por cesárea, sin antecedentes patológicos.
- Al 7° día de vida comenzó a recibir alimentación parenteral y dos días más tarde, tras ser evaluado por el equipo quirúrgico, fue sometido a una cirugía intestinal.
- Durante este tiempo Bruno permaneció ayunado.

CASO CLÍNICO 1: BRUNO

- **La mamá de Bruno** concurreció al Centro de lactancia al día siguiente de la llegada de su recién nacido al hospital (6º día de vida), y comenzó a extraerse leche dos o tres veces por día, obteniendo entre 40 y 80 ml diarios.

CASO CLÍNICO 1: BRUNO



¿Que haría Ud. con la leche extraída por la mamá de Bruno?

- A- La fracciona y mantiene a 4°C en refrigerador, por si Bruno la necesita en las próximas 24 hs.
- B- Le pide a la mamá de Bruno que la done para ser pasteurizada, ya que el niño no podrá consumirla y habrá que descartarla pronto.
- C- La reserva congelada a -20 °C esperando el momento en que pueda consumirla.

CASO CLÍNICO 1: BRUNO

- **Valores de referencia para la conservación de leche humana en Centros de Lactancia:**

1- Almacenamiento en refrigeración entre 3-5°C:

Leche humana cruda (LHC) para RN a término o prematuro internado : **24 hs.**

2- Almacenamiento en Congelación a – 18°C:

Leche Humana Cruda destinada a reserva individual o donación en CLM-CRLH: **15 días.**

Leche Humana Pasteurizada: **6 meses.**

CASO CLÍNICO 1 : BRUNO

- Diagnóstico post quirúrgico: Malrotación Intestinal más Vólvulo de 180°. Procedimiento: Cirugía de Ladd: desvolvulación más fijación.
- Bruno regresó de quirófano con un peso de 3450 gr, VNC, analgesia y antibióticos. Sin oxígeno y sin inotrópicos. Neonatólogos y nutricionistas pidieron alimentación parenteral.
- Su evolución es favorable y su mamá continúa extrayéndose leche diariamente, aumentando a 80-140 ml por día.
- Bruno es evaluado diariamente por neonatólogos, cirujanos y nutricionistas en el Servicio de Neonatología *y entre todos deciden:*

CASO CLÍNICO 1: BRUNO



- A- Continuar con alimentación parenteral y ayuno por 7-10 días, reevaluando en conjunto el momento de inicio de su alimentación.
- B- Iniciar alimentación a las 72 hs, ya que se encuentra estable hemodinámicamente, manteniendo la alimentación parenteral.
- C- Empezar con nutrición enteral con leche materna desde el primer día, para evitar mayor catabolismo debido a los días previos de ayuno y al descenso de peso.

CASO CLÍNICO 1: BRUNO

- Tras sólo 4 días de ayuno se puede observar atrofia de la mucosa intestinal, con disminución de las vellosidades y niveles de las criptas. El líquido amniótico, el calostro y la leche humana tienen efectos tróficos sobre el desarrollo del intestino a través de interleuquinas, interferón, factores de crecimiento, factor de necrosis tumoral, factores estimulantes de colonias, eritropoyetina...
- La falta de soporte enteral puede alterar la función y estructura del intestino, su actividad hormonal, crecimiento de la mucosa, actividad de enzimas absorción de nutrientes y motilidad.
- Los niños con flujo mesentérico alterado pueden ser más propensos a desarrollar Enterocolitis Necrotizante (NEC) y requieren un progreso más cauteloso de la alimentación enteral.

CASO CLÍNICO 1: BRUNO

- Nutrición enteral mínima (NEM): 10-20 ml/kg/día cada 3 hs.
- Nutrición enteral completa: cuando tolera 120 ml/kg.
- Nutrición parenteral.
- Situaciones clínicas en las que puede postergarse el inicio de la alimentación:

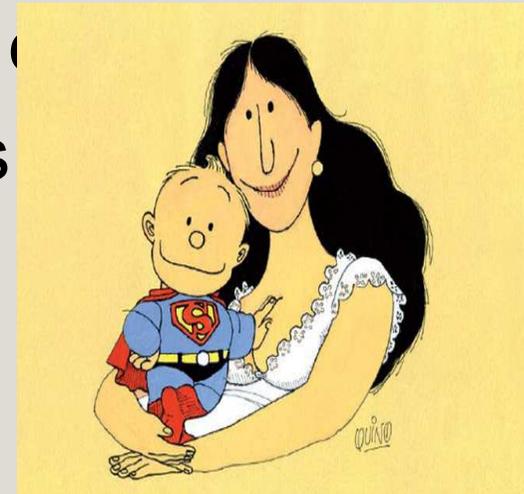
Apgar igual o menor 5 a los 5 minutos de nacido, compromiso hemodinámico con requerimiento de inotrópicos las primeras 48 hs de vida, diagnóstico prenatal de patología intestinal, exanguino-transfusión, síndrome transfundido-transfusor.

- Indicaciones para la suspensión de la alimentación enteral:

Residuo mayor al 50% de la ración en dos tomas sucesivas, dolor abdominal, enterorragia o distensión abdominal.

CASO CLÍNICO 1: BRUNO

- Bruno recibió y toleró leche de su propia madre, evolucionó favorablemente.
- Fue dado de alta a los 22 días de vida, con un peso de 3730 gr con pecho materno exclusivo y control por seguimiento neonatal a las 48 hs



CASO CLÍNICO 2: IAN

- **Ian** fue derivado desde Hospital Lagomaggiore al Servicio de Neonatología con diagnóstico de Hematoma subdural por Tac cerebral y desmejoría clínica a los 14 días de vida.
- RNPT/PAEG. 30 Semanas edad gestacional y 1180 gr al nacer, con antecedentes de EMH con 2 dosis de surfactante, Ductus con 2 ciclos de Indometacina, Sospecha de sepsis precoz y tardía, anemia e hiperbilirrubinemia.
- Al ingreso quedó ayunado, con ARM, inotrópicos, alimentación parenteral y antibióticos.
- El equipo de Neurocirugía le realizó una punción de la colección subdural, drenando parte de su contenido y observando alta concentración de células y proteínas en el LCR.

CASO CLÍNICO 2: IAN

- **La mamá de Ian** concurre al Centro de Lactancia a extraerse leche el mismo día de su ingreso. Refirió sentirse muy angustiada por la situación. El primer día, se extrajo 170 ml que se congelaron como reserva individual, pero en los días sucesivos su producción empezó a disminuir, logrando extraerse entre 5 y 15 ml al día.
- La indicación médico nutricional fue iniciar alimentación al 3° día de su ingreso con 2ml cada 3hs. Volumen total requerido: 16ml.
- Ese día su mamá se extrajo 10 ml en total.

CASO CLÍNICO 2: IAN



Qué haría Ud?

- A- Fraccionar los 10 ml de LHC en 5 tomas de 2 y preparar las tomas faltantes con fórmula para prematuros.
- B- Descongelar la reserva de 170 ml de LHC, fraccionar las tomas faltantes y descartar el resto.
- C- Fraccionar los 10 ml de LHC en 5 tomas de 2 y preparar 3 tomas de 2ml de leche humana pasteurizada LHP.

CASO CLÍNICO 2: IAN

Receptores de leche humana pasteurizada.

- Prematuros menores de 1500 gr
- Patología quirúrgica gastro-intestinal
- Cardiopatías congénitas quirúrgicas
- Abuso de sustancias tóxicas



CASO CLÍNICO 2: IAN

- Ian permanece internado. Padece Sepsis por Staphilococcus Coag negativo MR en tratamiento con antibióticos.
- Se encuentra en Cpap y sin inotrópicos.
- Pesa 1430 gr, tiene 22 días.
- Su mamá se extrae entre 35 y 65 ml/día. Se realizó consejería en lactancia, galactogogos y abordaje de psicología perinatal.
- Ian recibe alimentación parenteral, leche humana cruda LHC de su propia mamá y pasteurizada LHP de banco, por sonda orogástrica, con buena tolerancia oral.

CASO CLÍNICO 3: BRISA

- **Brisa** tiene casi 3 meses de vida. Es una niña previamente sana, con lactancia materna exclusiva.
- Tras dos días de llanto, decaimiento y rechazo de la alimentación, se agregó estrabismo. Consultó a la guardia del hospital. Ingresó a Terapia Intensiva Pediátrica con hipotonía severa e insuficiencia respiratoria.
- Se le diagnosticó Botulismo del lactante.
- Se le administró la antitoxina específica. Se encuentra en ARM, con VNC, antibióticos. Le indicaron ayuno. Luego de unos días apareció fiebre agregándose una infección respiratoria baja asociada a su diagnóstico inicial.

CASO CLÍNICO 3: BRISA

- **La mamá de Brisa** concurre diariamente al Centro de lactancia. En cada extracción obtiene entre 170 y 350ml. Su leche se congela a -20°C y ya cuenta con más de 3 litros. Algunos de los frascos tienen más de 10 días en el freezer.
- Brisa mejora lentamente. Su succión es muy débil, por lo que indican en UTI iniciar alimentación por SOG con 20 y 30ml de LHC cada 3hs.
- La producción de leche de su mamá ha permanecido estable. Ella se muestra confiada y cree que Brisa volverá a tomar el pecho muy pronto.

CASO CLÍNICO 3: BRISA



¿Qué haría Ud?

- A- Proponer a la mamá de Brisa convertirse en donante de leche humana y enviarla al Banco de leche para su pasteurizado.
- B- Descongelar la leche más antigua y fraccionarla para administrarla a Brisa.
- C- Descartar la leche que Brisa no consuma a medida que los tiempos de caducidad se vayan cumpliendo.

REQUISITOS PARA SER DONANTE DE LECHE HUMANA

- Embarazo y parto relativamente normales.
- Propio hijo sano y crecimiento óptimo.
- No consumo alcohol.
- Medicamentos permitidos.
- Firmar un consentimiento informado.
- Serología negativa para HIV1 y 2, HTLV 1 y 2, Hepatitis B y C, Toxoplasmosis, Chagas, Sífilis, CMV.
- Determinación de tóxicos en orina (COC, BZO, THC).



¡MUCHAS GRACIAS!

