

AMAMANTAMIENTO EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO AL NACER (PMBPN, PN - 1500 grs.)

Análisis de una experiencia en una institución pública

Dra. Norma Aspres **

Dra. Alicia Benítez ***

Dra. Ana Galindo ***

Dr. Miguel Larguía *

* Jefe de División.

** Jefa de Unidad.

*** Médicos neonatólogos.

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, División Neonatología.

Introducción

La promoción de la alimentación específica en grupos de riesgo biológico o ambiental es de interés constante tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo.

Si bien existe evidencia acerca de la necesidad de complementación de la leche humana para su administración en PMBPN hasta el término,^(1,2,3) no hay actualmente dudas respecto de su idoneidad como único alimento de estos niños en el momento del alta. Entre otras ventajas, la alimentación específica asegura un aporte adecuado de nutrientes, ofrece protección inmunológica, favorece el vínculo madre-hijo y amplía el intervalo intergenésico, contribuyendo a disminuir la morbimortalidad en grupos de alto riesgo social.⁽⁴⁾

En nuestro país existen escasas publicaciones respecto a la incidencia de relactación y amamantamiento en prematuros y la influencia que sobre ellas tienen los eventos perinatales.⁽⁵⁾

El Hospital Municipal Materno-Infantil Ramón Sardá sostiene una política institucional activa de promoción de la lactancia materna en madres de PMBPN pero no se conocen con exactitud los resultados de estas acciones. Con el propósito de evaluarlas, se efectuó un estudio observacional prospectivo de seguimiento longitudinal.

Objetivos

1) Conocer la incidencia de amamantamiento al

alta en un grupo de PMBPN en un hospital público.

2) Conocer la perseverancia del amamantamiento al 3ro. y 6to. mes de edad cronológica por seguimiento en Consultorio Externo.

3) Evaluar la influencia de factores perinatales sobre la incidencia de amamantamiento al alta.

Material y métodos

Se consideró *amamantamiento* cuando el recién nacido egresaba alimentado con leche materna exclusiva o complementada con fórmula para prematuros; *pretérmino* a todo niño con edad gestacional - a 37 semanas determinada según fecha de última menstruación confiable y/o examen físico mediante score de Dubowitz;⁽⁶⁾ *Muy Bajo Peso de Nacimiento* a todo recién nacido pretérmino con peso de nacimiento - 1500 g.

Se recogieron de la Historia Clínica Neonatal: Peso al Nacer (PN), Edad Gestacional (EG), gemelaridad, días de internación y requerimiento de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), este último como indicador de patología neonatal.

Mediante una entrevista personal a la madre se obtuvieron el Nivel Económico-Social (NES)⁽⁷⁾ y Nivel de Instrucción (NI)⁽⁷⁾ y los siguientes datos: estado marital, presencia de otros hijos en el hogar, existencia de ayuda familiar (entendiendo por tal la continencia afectiva y/o económica del grupo familiar), experiencia previa de amamantamiento y utilización de la Residencia para Madres durante ocho

horas diarias como mínimo (lugar de alojamiento con vivienda y comida que puede ser utilizado libremente por las madres luego del alta obstétrica).

La población estuvo constituida por todos los PMBPN (PN - 1500 g) egresados del HMMI Ramón Sardá nacidos entre el 26/2/1986 y el 30/12/1988 (n: 163 niños).

Los PMBPN estudiados fueron incorporados a un Programa de Seguimiento que incluía la promoción de la lactancia materna desde la internación temprana. Este programa estuvo a cargo de los mismos investigadores desde la internación y continuaba por Consultorio Externo.

Se estimuló la extracción diaria de calostro-leche humana en el Banco de Leche en forma mecánica mediante bomba de vacío intermitente graduable (Egnell MR) o mediante extracción manual, con el objeto de administrar a los prematuros internados leche de su propia madre en forma precoz y progresiva.

Para alentar el amamantamiento se favorecieron los grupos de "autoayuda" en los que madres de "ex-prematuros" se acercaban a relatar su experiencia a madres recién iniciadas.

Se efectuaron reuniones semanales a cargo de un médico neonatólogo y una psicóloga, en las que se ponía especial énfasis en la discusión de la problemática relacionada al amamantamiento de estos niños. Cuando el niño alcanzaba un peso de 1800 grs, una EG de 35 s y presentaba adecuada coordinación succión-deglución, se alentaba a la madre a amamantarlo progresivamente^(8,9), controlando que se mantuviera la ganancia de peso esperada. Por Consultorio de Seguimiento de Prematuros se continuaba con esta política de favorecer la lactancia materna. Se analizó la fuerza de asociación entre variables predictoras y el amamantamiento al alta mediante el test de chi cuadrado, test exacto de Fischer de 1 cola ($\alpha:0.05$) y el uso del Riesgo Relativo (IC: 95%).

Resultados

a) Descripción de la población:

La población estuvo constituida por 163 niños PMBPN con PN \bar{X} : 1240 g. (670-1500) y EG \bar{X} : 31 s (26-37). De ellos, 34 niños fueron gemelares (20.8%).

El promedio de días de internación fue de 53 días. Requirieron ARM 51 niños (31.3%).

El 39.8% de la población pertenecía al NES bajo, el 60.2 % al NES medio y no hubo niños pertenecien-

tes al NES alto.

El NI materno fue bajo en el 20.9% , medio en el 59.5% y alto en el 19.6% de la población.

Hubo un 8% (13/163) de madres solteras o solas.

En el 48.5% de los casos (79/163) había otros hijos en el hogar.

El 87.1% de las madres contaba con algún tipo de ayuda familiar durante la internación (142/163). El 78.5% de las madres (128/163) utilizó la Residencia para Madres durante toda la internación del niño o durante un período de la misma.

Durante el seguimiento por Consultorio Externo fueron evaluados al 3er. y 6to. mes de edad cronológica 145/163 niños, por haber fallecido post-alta 8 pacientes, haber sido derivados a un hospital pediátrico 3 pacientes y residir a más de 500 km. 7 pacientes.

La deserción a los 6 meses fue de 6.13%.

b) Resultados del amamantamiento:

b.1. De los 163 niños, 103 egresaron amamantados (63.1%). Según intervalo de peso de nacimiento, los resultados del amamantamiento fueron los siguientes: (Tabla 1 y Fig. 1).

Tabla 1. Incidencia de amamantamiento al alta según peso al nacer.

PN(g)	Amamantados		Alim. artif.		Total
	n	%	n	%	
< 1000	9	56.2	7	43.8	16
1000-1249	40	65.6	21	34.4	61
1250-1500	54	62.8	32	37.2	86

Chi²= 0.49 (p= 0.784)

Se observó que fueron amamantados el 56.2% de los PMBPN < 1000 grs, 65.6% de los niños con PN entre 1000 y 1249 grs, y el 62.8% de los niños con PN entre 1250 y 1500 grs, no encontrándose diferencia significativa.

b.2. La presencia de gemelaridad influyó de la siguiente manera: (Tabla 2 y Fig 2).

Tabla 2. Incidencia de amamantamiento al alta en PMBPN gemelares.

	Amamantados		Alim. Artif.		Total
	n	%	n	%	
gemelares	14	41.1	20	58.9	34
hijos únicos	89	69	40	31	129

Chi² = 8.95 (P = 0.002) RR = 0.60 (0.39-0.91)

Se observa que los gemelares son amamantados significativamente menos (P = 0.002)

b.3. Se encontró que en los niños que requirieron ARM la incidencia de amamantamiento fue significativamente menor (Tabla 3 y Fig 3).

Tabla 3. Amamantamiento al alta en PMBPN que requirieron asistencia respiratoria mecánica.

ARM	Amamantados		Alim. Artif.		Total
	n	%	n	%	
Si ARM	25	49	26	51	51
No ARM	78	65.6	34	30.4	112

Chi² = 6.41 (P < 0.01) RR = 0.70 (0.52-0.96)

b.4. En lo referente a la incidencia de amamantamiento según el NES, se observó que egresan amamantados el 66.3% de los niños de NES medio y el 58.4% de los niños de NES bajo, no observándose diferencias significativas (Tabla 4).

Tabla 4. Incidencia de amamantamiento al alta en PMBPN según nivel económico-social.

	Amamantados		Alim. Artif.		Total
	n	%	n	%	
NES medio	65	66.3	33	33.7	98
NES bajo	38	58.4	27	41.6	65

Chi² = 1.04 (p = 0.30)

b.5. En relación al nivel de instrucción materno, se observó que son amamantados el 70.5% de los PMBPN cuyas madres poseen NI bajo, el 60.8% de los hijos de madres con NI medio y el 62.5% de los hijos de madres con NI alto (Tabla 5).

Tabla 5. Incidencia de amamantamiento al alta según nivel de instrucción materno en una población de PMBPN

NI	Amamantados		Alim. Artif.		Total
	n	(%)	n	(%)	
Bajo	24	(70.5)	10	(29.5)	34
Medio	59	(60.8)	38	(39.2)	97
Alto	20	(62.5)	12	(37.5)	32

Chi² = 1.04 (p = 0.59)

b.6. Relacionando la presencia o no de pareja estable con los resultados de la lactancia en este grupo, se observó que eran amamantados el 69.2% de los hijos de madres solas y el 62.6% de los hijos de madres con pareja, diferencia no significativa. (Tabla 6)

Tabla 6: Relación entre amamantamiento al alta y estado marital en una población de PMBPN.

Estado marital	Amamantados		Alim. artif.		Total
	n	(%)	n	(%)	
Madres solas	9	(69.3)	4	(30.7)	13
Madres c/pareja	94	(62.6)	56	(37.4)	150

Test de Fischer p = 0.44 RR = 1.10 (0.75-1.62)

b.7. Se deseó determinar si la presencia de otros hijos en el hogar influía sobre la posibilidad de amamantamiento de estos niños, y se observó que eran amamantados el 64.2% de los PMBPN que no tenían hermanos y el 62% de los que sí los tenían. (Tabla 7)

Tabla 7. Relación entre amamantamiento al alta y presencia de otros hijos en el hogar en una población de PMBPN.

Hijos en el hogar	Amamantados		Alim. artif.		Total
	n	(%)	n	(%)	
SI	49	(62)	30	(38)	79
NO	54	(64.3)	30	(35.7)	84

Chi² = 0.09 (p= 0.764)

b.8. En lo referente a la probable influencia que podía tener sobre la incidencia de amamantamiento que las madres contaran o no con *ayuda familiar* se observó que fueron amamantados el 71.4% de los niños cuyas madres no contaban con dicha ayuda y el 62% de los niños cuyas madres sí disponían de ella, relación no significativa. (Tabla 8)

Tabla 8. Relación entre amamantamiento al alta y ayuda familiar en una población de PMBPN.

Ayuda familiar	Amamantados		Alim. artif.		Total
	n	(%)	n	(%)	
SI	88	(62)	54	(38)	142
NO	15	(71.4)	6	(28.6)	21

Chi² = 0.70 (p= 0.401)

b.9. Hubo en el grupo 79 madres con hijos anteriores, de las cuales 51 refirieron una o más experiencias previas de amamantamiento a niños de término. Se asoció esta variable con el resultado del amamantamiento al niño PMBPN, observándose que fueron amamantados el 64.7% de los PMBPN cuyas madres refirieron experiencia anterior y el 60.7% de los PMBPN cuyas madres no la tenían, no encontrándose diferencia significativa. (Tabla 9)

Tabla 9. Relación entre amamantamiento al alta y amamantamiento anterior en una población de PMBPN.

Amamantam. anterior	Amamantados		Alim. artif.		Total
	n	(%)	n	(%)	
SI	33	(64.7)	18	(35.3)	51
NO	17	(60.7)	11	(39.3)	28

Chi² = 0.12 (p= 0.72)

b.10. Considerando el grado de utilización de la *Residencia para Madres* y su probable influencia sobre los resultados del amamantamiento en esta población, se observó que fueron amamantados el 68.7% de los PMBPN cuyas madres utilizaron esta

disponibilidad versus el 42.8% de los niños cuyas madres no lo hicieron, encontrándose diferencia significativa. (Tabla 10 y Fig. 4)

Tabla 10: Relación entre utilización de la Residencia para Madres y amamantamiento al alta en una población de PMBPN.

Utilización de Residencia	Amamantados		Alim. artif.		Total
	n	(%)	n	(%)	
SI	88	(68.7)	40	(31.3)	128
NO	15	(42.8)	20	(57.2)	35

Chi² = 7.92 (P= 0.004) RR= 1.60 (1.08-2.39)

b.11. Durante el seguimiento por Consultorios Externos de Prematuros, se determinó que la *perseverancia del amamantamiento* estos niños fue de 55.1% a los 3 meses de edad cronológica y de 26.8% a los 6 meses. (Tabla 11)

Tabla 11. Perseverancia del amamantamiento en PMBPN hasta los seis meses de edad cronológica.

Edad cronológica	Amamantamiento	
	n	%
3 meses	80/145	55.1
6 meses	39/145	26.8

Discusión

La población estudiada reviste particular interés por ser un grupo numeroso de PMBPN, incorporados a un programa de seguimiento que incluye la

promoción de la lactancia materna desde la internación temprana.

El mismo equipo de investigadores ha conducido las acciones desde la internación y estos niños continúan siendo controlados hasta la edad escolar.

La deserción en el período estudiado fue de 6.13%, cifra baja si se la compara con la publicada para otros grupos PMBPN.⁽¹⁴⁾

Al analizar los resultados obtenidos es necesario considerar las circunstancias especiales del amamantamiento en este grupo, que incluyen la permanencia o concurrencia diaria de la madre al hospital, la extracción frecuente de leche para la alimentación del niño, y la relactación cuando el mismo está en condiciones de ser puesto al pecho, luego de varias semanas.

La incidencia de amamantamiento al alta obtenida es satisfactoria para el grupo total y especialmente para los prematuros con PN entre 1000 y 1500 grs., y es comparable con la de otras poblaciones no nacionales analizadas.⁽¹⁰⁾

La incidencia de amamantamiento y de perseverancia a los 3 y 6 meses es satisfactoria además si se compara con la de recién nacidos de término egresados del HMMI "Ramón Sardá" dentro de ese período, que fue de 72.4 % a los 4 meses.^(11,12)

La relación significativa existente entre la permanencia prolongada de la madre en el hospital, evaluada a través del uso de la Residencia para Madres, y el amamantamiento del niño, puede obedecer a numerosos factores, entre ellos, la mayor disponibilidad emocional de la madre, su tiempo de permanencia junto al niño, la concurrencia más frecuente al banco de leche y la mayor oportunidad para el aprendizaje de los cuidados, que incluyen la lactancia. Estos factores requieren de futuras evaluaciones.

La incidencia de amamantamiento fue menor en los PMBPN gemelares, resultado esperable en este grupo en el que la sumatoria de prematuridad y gemelaridad aumenta considerablemente las posibilidades de fracaso.

Como era esperable, niños con mayor patología neonatal definida como requerimiento de ARM, se amamantaron significativamente menos. Factores tales como la situación vincular, el estado neurológico del niño, el tiempo transcurrido hasta la primera puesta al pecho y el fomento de la succión no nutritiva, pueden contribuir a los resultados en este grupo y sería deseable estudiar en el futuro estas influencias.

No se encontraron diferencias significativas en

Figura 1. Amamantamiento en PMBPN. Incidencia según peso al nacer.

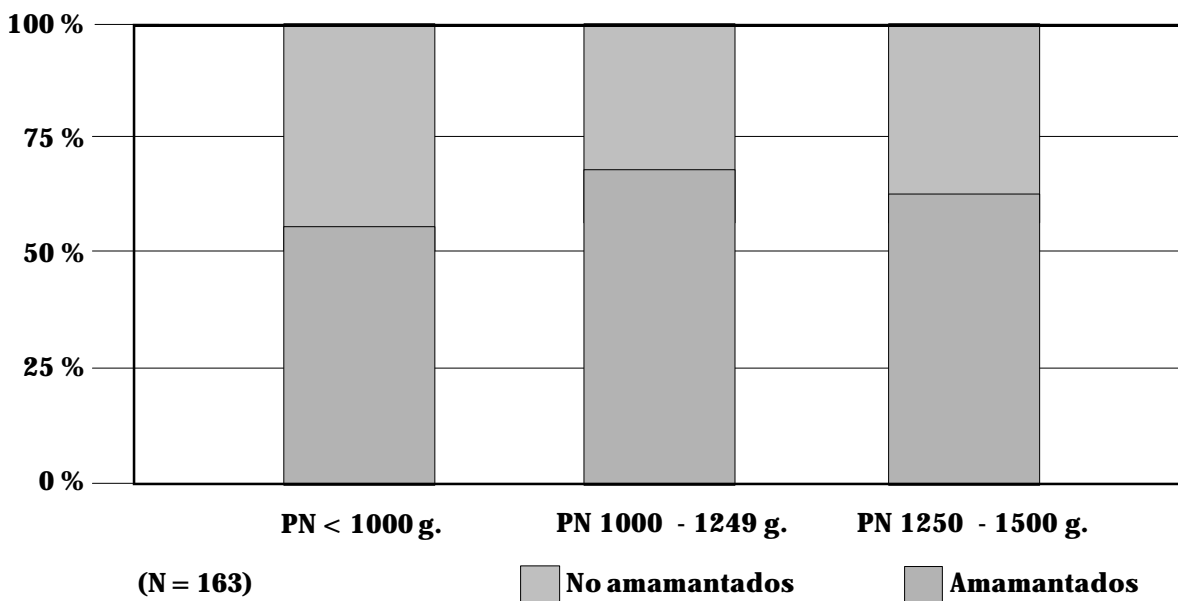


Figura 2. Amamantamiento en PMBPN. Incidencia en PMBP gemelares.

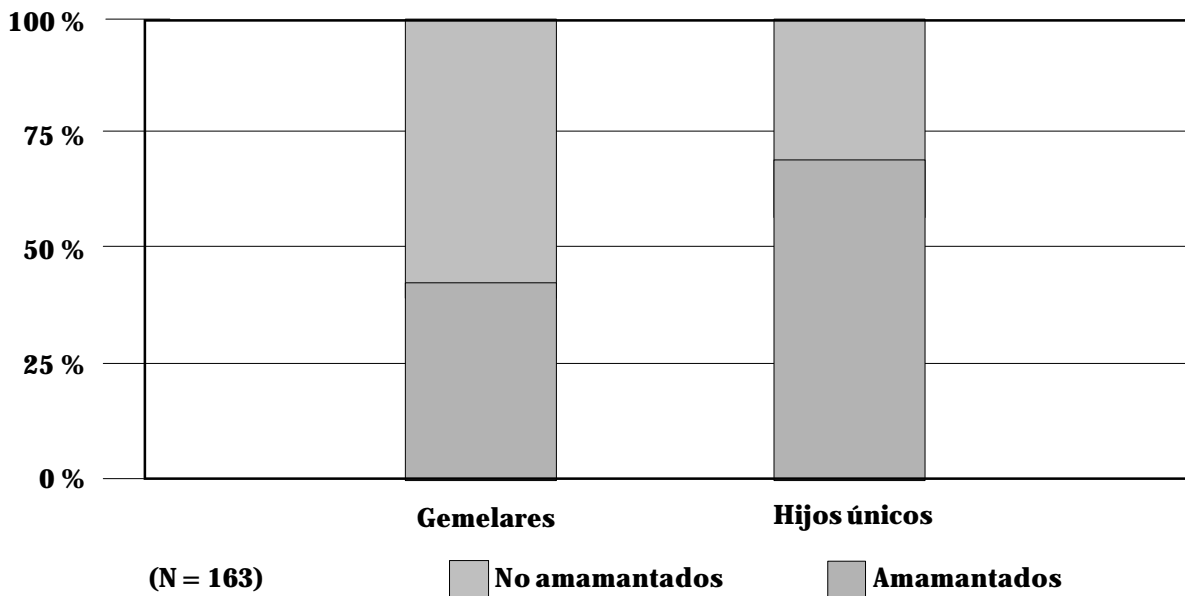


Figura 3. Amamantamiento en PMBPN. Incidencia en PMBP con ARM.

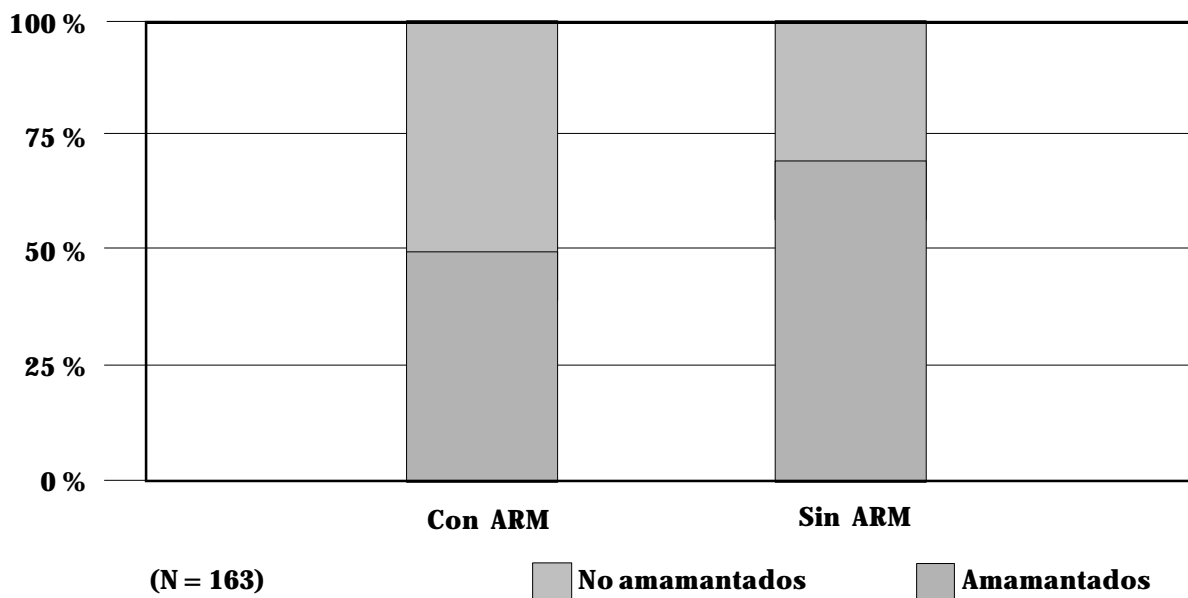
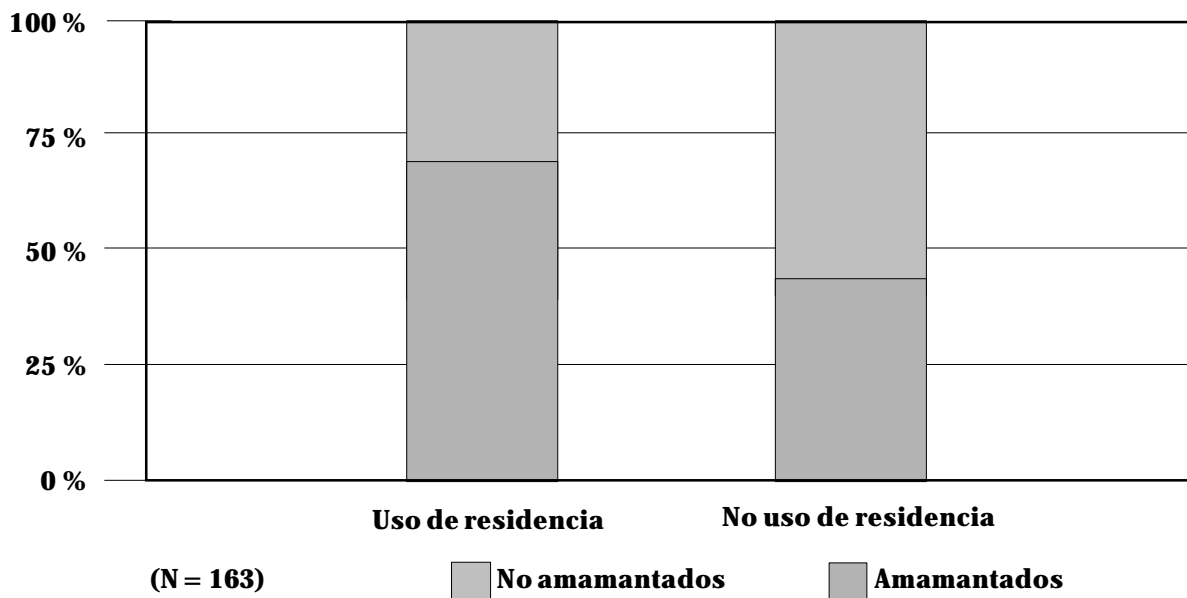


Figura 4. Amamantamiento en PMBPN según uso de la residencia de madres.



los resultados del amamantamiento según NES, NI o estado marital. Tampoco en lo referente a presencia de otros hijos en el hogar ni al contar o no con ayuda familiar, aunque esta última variable se correlacionó con mayor uso de la Residencia para Madres en otra investigación realizada sobre esta población.⁽¹³⁾

En madres no primíparas, el amamantamiento anterior de un hijo de término no se correlacionó con mayor amamantamiento del PMBPN, quizás por tratarse de experiencias personales diferentes. Los resultados obtenidos nos indican que en una población de alto riesgo biológico y ambiental como la analizada, muchos lactantes egresarán amamantados si se establece una política adecuada de promoción de la lactancia desde las primeras semanas de internación, que incluya sostén y asesoramiento a la madre, régimen irrestricto de permanencia junto al niño, acceso fácil al banco de leche y disponibilidad de un alojamiento. Dado el bajo costo y alto beneficio de estas acciones, esta institución sigue trabajando para mejorarlas.

Bibliografía

1. Lucas A, Gore SM, Cole TJ et al. A multivariate trial on the feeding of low birthweight infants: effects of diet on early growth. *Arch Dis Child* 1984; 59: 722 - 730.
2. Lucas A, Morley R, Cole TJ et al. Early diet in preterm babies and developmental status at 18 months. *Lancet* 1990; 335: 1477- 1481.
3. Lucas A, Hudson G. Preterm milk as a source of protein for low birthweight infants. *Arch Dis Child* 1984; 59: 831-836.
4. Behm H, Primante DA. Mortalidad en los primeros años de vida en la América Latina. Centro Latinoamericano de Demografía, Santiago, Chile 1978; 6 (16): 23 - 24.
5. Galindo A, Benítez A, Aspres N, Larguía AM. Relactación en recién nacidos pretérmino. Libro de Resúmenes del 28º Congreso Argentino de Pediatría, 1988, R 5174, Pág. 144.
6. Dubowitz L, Dubowitz V, Goldberg C. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr* 1970; 77: 1.
7. Herz MM. Encuesta social y sanitaria. Normatizaciones en Neonatología, Buenos Aires: ACE Editora, 1978, Pág 86-87.
8. Dekle Lang M, Booth Behle M, Ballard R. The transition from hospital to home. Chap 2: 12-16 in: *Pediatric care of the ICN graduate*, Ballard R; WB Saunders Company Ed, Philadelphia, 1988.
9. Herbst JJ. Development of suck and swallow. *J Pediatr Gastroent* 1983; Nutr 2: S 131-135.
10. Pereira G, Schwartz D, Gould P et al. Breastfeeding in the neonatal intensive care nursery. *Perinatol Neonatol* 1984; 8: 35.
11. Waisman M, Dinerstein N. Persistencia de alimentación a pecho en consultorio externo pediátrico. Influencia de factores de atención médica. Libro de Resúmenes del 28º Congreso Argentino de Pediatría, 1988, R 5157, Pág 136.
12. Waisman M, Dinerstein N. Persistencia de alimentación a pecho. Influencia de factores sociales. Libro de Resúmenes del 28º Congreso Argentino de Pediatría, 1988, R 5158, Pág 137.
13. Benítez A, Aspres N, Galindo A, Larguía AM. Utilización de una residencia hospitalaria por madres de prematuros de MBPN. Hospital MI Ramón Sardá, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 1993; Vol 12, 3: 21 - 24.
14. Kiely JL, Paneth N. Follow-up studies of low-birthweight infants: suggestions for design, analysis and reporting. *Dev Med Child Neurol* 1981; 23: 96-100.