

# El parto prematuro: la emboscada en la preparación maternal

Ángel Moral

Jefe de Sección de Neonatología. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona

Los pediatras valoramos mucho el trabajo de las matronas respecto a la preparación para la maternidad. Hoy en día, es poco frecuente encontrar a madres primerizas absolutamente desconcertadas tras el parto, afrontando una situación nueva y, a la vez, emocionadas y llenas de temor. Sin duda, la seguridad que proporciona la preparación a la maternidad hace que las madres, especialmente las primerizas, hayan considerado con tiempo la nueva situación y tomen las decisiones que más convienen a ellas y a sus hijos. Todo ello redundará en una disminución de las tensiones psicológicas y hace menos intensa la «tristeza puerperal».

Pero, en algunas ocasiones, los acontecimientos se precipitan. Cuando el parto se produce antes de hora, es habitual que las madres no hayan podido considerar la situación especial en que se van a encontrar, tanto ella como su pequeño. Además, aunque en la preparación al parto se toque el tema, las madres tienden a pensar que «eso no se puede referir a mí».

En primer lugar, el parto prematuro provoca en la madre la sensación de que «algo ha ido mal» y, por consiguiente, «alguien tiene la culpa». La madre siente que ella puede ser la culpable, ya que «las demás» consiguen llevar su embarazo a término.

Pero hay algo más importante: su hijo «corre peligro». Los neonatólogos tenemos la obligación de informar de las posibilidades de un recién nacido, pero de lo que

decimos a lo que entiende la madre puede haber mucha distancia. Lo cierto es que la madre, y el padre, de un prematuro sólo entienden que «su hijo está enfermo», han de atenderlo lejos de ellos, en una unidad especial, dentro de una incubadora y que, para estar con él o ella, deben aceptar una serie de condiciones.

Si «el bebé corre peligro» y «la mamá se siente culpable», no es extraño que se produzcan prolongados intervalos de ausencia de contacto entre la madre y el niño, que atentan contra el establecimiento del apego (*bonding*) maternoinfantil. Esta carencia perjudica el desarrollo de los niños, ensombreciendo aún más el pronóstico, puesto a prueba no sólo por la propia enfermedad neonatal sino también, en algunos casos, por la aplicación de técnicas, necesarias, pero muchas veces cruentas.

Así, cuando nace un prematuro, además de preocuparnos por los cuidados físicos del bebé, los equipos neonatales tratamos de vencer las barreras a la relación maternofilial. Para ello, se desarrollaron las unidades sin horario, que facilitan el acceso a cuantos más miembros de la familia mejor, y el respeto de los horarios de sueño y vigilia de los neonatos.

Un desarrollo muy importante fue la denominada «crianza de canguro». En ésta, el bebé se coloca, piel con piel, sobre el pecho desnudo de la madre (aunque a veces también interviene el padre). Con este sencillo método, se observa una buena homeotermia del niño, y

la madre vuelve a sentir que «realiza su papel», aumentando su confianza en ella misma y en su pequeño hijo. La lactancia materna resulta muy favorecida, tanto en el aumento de producción como en su mayor duración en el tiempo. Este método, además, acorta la estancia intrahospitalaria del prematuro.

Para dar de alta del hospital a un prematuro se tiene en consideración su estabilidad y madurez fisiológica. Debe ser capaz de alimentarse, mantener su temperatura en las condiciones normales que encontrará en su domicilio y presentar una respiración normal, sin apneas. Hace años esto se cifraba en alcanzar un determinado peso. Luego se pasó



© Elisabeth Shoemaker

a un límite de edad posmenstrual. En la actualidad, con el desarrollo de equipos de asistencia domiciliaria, los límites se están rebajando y no es extraño que se dé el alta a neonatos en situación estable antes de las 36 semanas y con menos de 2.000 gramos de peso. Pero, para llegar a este punto, los cuidados neonatales han debido ir superando retos. Hace 20 años, lo habitual era que los neonatos de 30 semanas pasaran largos periodos de ayuno, en alimentación parenteral, iniciaran luego una alimentación con sonda orogástrica, para acabar intentando la alimentación oral. Este periodo solía acabar con las posibilidades de lactancia materna, ya que pocas madres seguían con la producción de leche cuando llegaba el momento de intentar la alimentación oral.

La situación cambió de manera gradual con el concepto de nutrición enteral mínima, por el que se garantizaba el aporte de diminutas cantidades de leche, preferiblemente materna, para mantener la actividad intestinal. También aprendimos el concepto de succión no nutritiva. Una de las aplicaciones de este concepto fue ofrecer un chupete al prematuro mientras se administraba la alimentación intragástrica.

Hace 10 años, NUK® trató de extender a nuestro país el uso de una tetina especialmente diseñada para niños de muy bajo peso. El profesor Dr. Volgtmann, de Leipzig, fue el primero en estudiar esta tetina y observó que, a pesar de su aspecto casi de juguete, eran útiles para acelerar la alimentación oral completa de los prematuros.

Con este antecedente, NUK® patrocinó un estudio en 8 unidades neonatales del área de Barcelona, realizado por enfermeras neonatales, y que tuve el honor de coordinar.

El objetivo fue valorar la eficacia de una tetina de látex más pequeña y más suave que las utilizadas en los recién nacidos de mayor peso. Por su pequeño tamaño, tanto la tetina del estudio como el chupete empleado para iniciar la succión son de uso exclusivamente intrahospitalario.

El estudio se efectuó sobre 80 recién nacidos de peso al nacer inferior a 1.750 g, sin malformaciones bucales y que, a criterio del médico asistencial, podían recibir alimentación por boca. La edad gestacional media fue de  $32,0 \pm 2,82$  semanas (límites 26-38 semanas) y el peso medio al nacer de  $1.394,0 \pm 276,04$  g (límites 600-1.950 g). El neonato de 1.950 g fue incluido por error y se eliminó de los restantes análisis.

La tetina comenzó a emplearse cuando el médico ordenó la alimentación oral. La edad al inicio varió según la edad gestacional al nacer, pero la media en ese momento fue de  $34,8 \pm 1,74$  semanas (límites 30-38 semanas), y el peso de  $1.485,0 \pm 156,32$  g (límites: 1.100-1.700 g).

Las tomas estudiadas fueron 4.013, con una mediana de utilización de 9 días (percentil 25, 5 días; percentil 75, 15 días).



© Paul Brian

Las causas de finalización del estudio fueron: 1) haber alcanzado el peso máximo, 2) inadaptación a la tetina, 3) enfermedad neonatal, 4) indicación médica o de enfermería.

Alcanzaron el peso máximo 54/80 recién nacidos (67,5%). Los prematuros de peso adecuado para su edad gestacional lograron este objetivo en un porcentaje superior (72,5%) que los recién nacidos de bajo peso para su edad gestacional (62,5%).

La tetina no resultó adecuada para la succión nutritiva en cerca de la cuarta parte de los recién nacidos de bajo peso para su edad gestacional.

Siete recién nacidos fueron retirados por presentar una enfermedad neonatal: un caso de sepsis, hidrocefalia, malformación renal, bradicardia, apnea, inmadurez y cardiopatía, respectivamente.

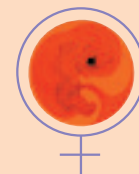
La tetina «fracasó» en 3 recién nacidos. Dos de ellos se cansaban excesivamente con la toma, uno fue retirado por pérdida de peso.

Los recién nacidos no mostraron alteraciones importantes de la frecuencia cardíaca o respiratoria con las tomas (durante la toma pasaron de 145 a 160 latidos por minuto y de 46 a 56 respiraciones por minuto). Bastantes recién nacidos mostraron taquipnea (>60 respiraciones por minuto) tras la toma, pero fueron pocos los que combinaron taquipnea y taquicardia (>180 latidos por minuto). En realidad, sólo dos recién nacidos abandonaron por «cansancio» y uno por «cardiopatía».

El aumento medio de peso conseguido con esta tetina fue de 25,9 g/día, aunque fue mayor en los recién nacidos de bajo peso para su edad gestacional.

Pero, en lo que se refiere a conseguir la lactancia materna, 15 recién nacidos alcanzaron este objetivo al alcanzar el peso máximo fijado. Esto equivale a un 19% de los que iniciaron el estudio y a un 28% de los que alcanzaron el peso máximo de estudio. Al nacimiento, la media de peso de estos niños fue de 1.523,3 g (límites 1.250-1.720 g) y la edad gestacional de 33,3 semanas (límites 28-37 semanas).

Este estudio permitió concluir que la tetina NUK® para prematuros fue muy bien tolerada en niños prematuros



© Milan Radulovic

de muy bajo peso al nacer, siempre que la cantidad de la toma no supere los 20 mL.

Además, la proporción de niños que alcanzó la lactancia materna fue notable, teniendo en cuenta su edad gestacional y peso al nacer.

Sólo me queda agradecer a las enfermeras neonatales que realizaron el estudio su extraordinario trabajo. Y animar a las matronas que llevan a cabo la preparación maternal a que se comuniquen con el equipo neonatal de sus hospitales de referencia, con el fin de poder guiar a las madres en una situación que, no por poco deseable, es menos posible: el nacimiento de un prematuro. Recuerden que, pese al aumento de la natalidad, no hemos conseguido disminuir la prematuridad.

## BIBLIOGRAFÍA

Ramasethu J, Jeyaseelan L, Kirubakaran CP. Weight gain in exclusively breastfed preterm infants. *J. Trop. Pediatr.* 1993; 39 (3): 152-9.

Martell M, Martínez G, González M, Díaz Rossello JL. Suction patterns in preterm infants, *J. Perinat. Med.* 1993; 21(5): 363-9

Hill PD, Andersen JL, Ledbetter RJ. Delayed initiation of breast-feeding the preterm infant. *J. Perinat. Neonatal Nurs.* 1995; 9(2): 10-20.

Kanarek KS, Shulman D. Non-nutritive suckling does not increase blood levels of gastrin, motilin, insulin and insulin-like growth factor I in premature infants receiving enteral feedings. *Acta Paediatr.* 1992; 81(12): 974-7.

Conde Agudelo A, Díaz Rossello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; (2) CD002771.

Bier JB, Ferguson A, Anderson L. Breast-feeding of very low birth weight infants. *J. Pediatr.* 1993; 123:773-778.

Blaymore Bier JA, Ferguson AE, Morales Y, Liebling JA, Oh W, Vohr BR. Breastfeeding Infants Who Were Extremely Low Birth Weight. *Pediatrics.* Diciembre de 1997; 100: 3.