

# Cartão de registo da UCI Neonatal: um guia baseado em evidências para melhorar o uso do leite humano

**Este cartão de registo orienta iniciativas de melhoria da qualidade, providenciando indicadores baseados em evidências para permitir a autoavaliação do leite humano e práticas de cuidados de aleitamento na UCI Neonatal.**

O leite da própria mãe (LPM) reduz significativamente as morbidades potencialmente passíveis de prevenção e a mortalidade em bebés prematuros e outros bebés vulneráveis. Alimentar com LPM em vez de leite de fórmula é, por isso, uma prioridade da UCI Neonatal.<sup>1</sup>

Dado que a UCI Neonatal pode apresentar desafios à amamentação e à alimentação com leite materno, é exigido um conjunto diferente de indicadores de desempenho para a mãe e para o bebé, a fim de garantir que os bebés recebem leite humano durante a estadia no hospital e depois.<sup>1-4</sup>

# Cartão de registo da mãe

Classifique o desempenho da UCI Neonatal com base nos indicadores seguintes (→)

## Decisão informada



- É fornecida às mães na UCI Neonatal informação padrão sobre o valor do LPM e como criar uma produção de leite adequada.

Fornecer informação consistente às famílias na UCI Neonatal permite-lhes tomar decisões conscientes e compreender a sua via de amamentação alternativa.<sup>3,5</sup>

.....

.....

.....

## Momento da primeira extração



- Os protocolos hospitalares especificam a extração dentro de 1-3 horas após o nascimento.
- São realizadas auditorias de desempenho regulares.

Estimular os seios nas primeiras horas por meio de extração por vácuo é importante, pois contribui para apoiar a iniciação na altura correta e a produção de leite a longo prazo.<sup>1,6-9</sup>

.....

.....

.....

## Extração frequente



- Os protocolos hospitalares especificam a extração 8 ou mais vezes em cada 24 horas.
- É realizada a monitorização regular.

A extração frequente é essencial para atingir volumes adequados.<sup>1,7,9</sup> A extração dupla (extração simultânea) a cada 2-3 horas produz mais leite em menos tempo e resulta em concentrações de prolactina mais elevadas.<sup>10,11</sup>

.....

.....

.....

## Momento da "descida" do leite



- Os volumes diários de leite são registados.
- São identificadas as mães com ativação secretória ("descida" do leite) atrasada (> 72 horas).

Três volumes de extração consecutivos de > 20 ml são um indicador da "descida" do leite.<sup>12</sup> O atraso da ativação secretória foi associado a um aleitamento curto e é um sinal de que são necessários mais cuidados de aleitamento.<sup>13</sup>

.....

.....

.....

## Atingir o volume



- Os volumes de extração da mãe são registados e avaliados regularmente.
- A obtenção do volume (definido como três dias consecutivos de volume total > 500 ml) é conseguido ao 14.º dia.
- São providenciados cuidados de aleitamento após a obtenção do volume.

A obtenção do volume ao 14.º dia indica que a produção de leite se encontra nos valores adequados para satisfazer as necessidades a longo prazo do bebé.<sup>15-17</sup> Os cuidados de aleitamento devem continuar mesmo quando os volumes de extração excedem os volumes diários de alimentação do bebé.

.....

.....

.....

# Cartão de registo do bebé

Classifique o desempenho da UCI Neonatal com base nos indicadores seguintes (→)

## Terapia oral com LPM

- A terapia oral é realizada regularmente como uma prática padrão até que a alimentação oral seja iniciada.

A aplicação regular de pequenas quantidades de LPM na boca do bebé é segura, tem benefícios potenciais para a saúde e empodera os pais, já que os bebés parecem responder ao sabor. <sup>2,18-19</sup>



## Pele com pele

- O contacto pele com pele é parte da política e prática padrão.
- A frequência e a duração são registadas e avaliadas.

O contacto pele com pele promove a transição para a alimentação direta na mama, ajuda a melhorar os volumes de leite e está associado a uma duração de amamentação mais longa. <sup>1, 4, 14, 20</sup>



## Dose de LPM

- Os registos da alimentação hospitalar definem a composição relativa de cada alimentação LPM:LHD:Fórmula.
- A percentagem de bebés que recebem 100% de leite humano (LPM ou LHD) nos primeiros 14 dias é auditada regularmente.
- A percentagem de bebés que recebem > 50 ml/kg/dia de LPM nos primeiros 28 dias é auditada regularmente.

O evitar total de leite de fórmula de vaca desde os dias 0-14 reduz a ECN. <sup>21</sup> Uma dose elevada de LPM (> 50 ml/kg/dia) desde os dias 0-28 reduz o risco de sepsia de início tardio e outras morbilidades. <sup>2, 22-24</sup>



## Transição para alimentação direta na mama

- As sucções não nutritiva e nutritiva são registadas e avaliadas como parte da prática padrão.
- O teste de peso (para sucção nutritiva) é utilizado para avaliar a transferência de leite.

Estas práticas apoiam a alimentação exclusiva direta na mama. <sup>1, 4, 25</sup> A monitorização das experiências na mama pode ajudar os profissionais de saúde a fornecer orientação e cuidados específicos.



## Taxas de amamentação

- Taxas de amamentação exclusiva e de alimentação com LPM quando da alta; 2 e 4 semanas após a alta; avaliação da idade gestacional corrigida de 3 e 6 meses.
- A percentagem de bebés com amamentação exclusiva, parcial e sem amamentação ou LPM em cada momento é registada regularmente.

Baixa amamentação exclusiva ou LPM nestas alturas pode indicar cuidados de aleitamento abaixo do ideal durante a estadia no hospital. <sup>26</sup>



**Para saber mais sobre como apoiar as práticas de aleitamento na UCI Neonatal, peça ao seu representante da Medela os seguintes materiais educativos:**

- 1. Tópicos de discussão na UCI Neonatal**
- 2. Revisão da investigação**
- 3. Posters educativos**

**Saiba mais em [medela.pt](http://medela.pt)**

#### Referências

1. Every Premie-SCALE. [http://www.everypreemie.org/wp-content/uploads/2017/07/HBM\\_7.2.17.pdf](http://www.everypreemie.org/wp-content/uploads/2017/07/HBM_7.2.17.pdf). 2017.
2. Bigger HR et al. J Perinatol. 2014;34:287-291.
3. Spatz DL. Adv Neonatal Care. 2017;17:417-423.
4. Spatz DL. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41:138-143.
5. Edwards TM, Spatz DL. J Perinat Neonat Nurs. 2010;24:246-253.
6. Parker LA et al. FASEB J. 2017;31:650.19.
7. Spatz DL. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18:385-396.
8. Froh EB et al. J Pediatr Nurs. 2015;30:521-523.
9. Meier PP et al. J Perinatol. 2016;36:493-499.
10. Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012;7:442-447.
11. Hill PD et al. J Hum Lact. 2001;17:9-13.
12. Meier PP et al. J Perinatol. 2012;32:103-110.
13. Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010;92:574-584.
14. Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017;44:1-22.
15. Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015;24:160-170.
16. Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017;44:1-22.
17. Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018-Epub ahead of print.
18. Sohn K et al. J Perinatol. 2016;36:106-111.
19. Lee J et al. Pediatrics. 2015;135:e357-e366.
20. Acuña-Muga J et al. J Hum Lact. 2014;30:41-46.
21. Sisk PM. J Perinatol. 2007;27(7):428-33.
22. Patel AL et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2017;102(3):F256-F261.
23. Patel AL. J Perinatol 2013 Jul;33(7):514-9.
24. Patra K et al. Neonatology. 2017;112:330-336.
25. Narayanan I et al. Arch Dis Child. 1991;66:241-244.
26. WHO. 1991. Report No.: WHO/CDD/SER/91.14, Corr.1.