



CUIDADOS

Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en un recién nacido pretérmino

María del Pilar Borrero-Pachón*, Ana Esther Olombrada-Valverde
y María Inés Martínez de Alegría

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

Recibido el 16 de septiembre de 2009; aceptado el 21 de enero de 2010

Disponible en Internet el 1 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Prematuro;
Amamantamiento;
Recién nacido
pretérmino;
Leche materna

Resumen

El nacimiento de un hijo prematuro genera ansiedad e incertidumbre en los padres. Éstos pasan por un proceso de duelo con características similares que el que atraviesan los padres que han perdido a su bebé.

La lactancia materna se considera un acto natural, pero no siempre es fácil su establecimiento en las madres que tienen un bebé prematuro. Administrar leche materna y posteriormente amamantar a su bebé prematuro es uno de los principales beneficios psicológicos que una madre puede dar a su hijo. La leche materna puede considerarse la alimentación ideal para el pretérmino. Involucrar a los padres en el cuidado de su hijo ayuda a incrementar sentimientos de control.

Las enfermeras neonatales se encuentran en una posición única para ayudar a minimizar el estrés de los padres y administrar información. Es responsabilidad de los profesionales que cuidan a recién nacidos pretérminos informar a los padres de los beneficios que la leche materna puede aportar así como los métodos de alimentación al pecho posibles para que la madre pueda llevar a cabo una elección informada.

La existencia de un plan de cuidados estandarizado podría facilitar la instauración de la lactancia materna en recién nacidos pretérmino al unificar criterios y guiar a los profesionales en la toma de decisiones.

El objetivo de este artículo consiste en describir las intervenciones necesarias que debe realizar el personal de enfermería para lograr una lactancia exitosa. Se presenta un plan de cuidados estandarizados que utiliza las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association, la Nursing Outcomes Classification y la Nursing Interventions Classification, mostrando cómo estas necesidades se pueden gestionar por los profesionales de enfermería.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pilar_borrero@yahoo.es (M.d. Borrero-Pachón).

KEYWORDS

Premature;
Breastfeeding;
Preterm new born;
Breast milk

Role of nursing in the development of breastfeeding in the premature newborn**Abstract**

The birth of a premature infant creates anxiety and uncertainty for the parents, who may go through the same grieving process as parents who have lost a baby.

Breastfeeding is considered a natural act, although it is not always an easy one for mother and premature infant to establish. Providing breast milk is one of the most important psychological benefits a mother can give her premature infant. Breast milk can be considered the ideal nutrition for preterm infants. Involving the parent in the child's care helps increase parental feelings of control.

Neonatal nurses are in a unique position to help minimize parental stress by providing information. It is the responsibility of health professionals who care for premature infants to provide accurate information regarding the benefits and methods of breastfeeding, so that the mother can make an informed choice.

The existence of a standardized care plan could assist in establishing breastfeeding in the pre-term newborn, to unify and guide practitioners in making decisions.

The aim of this article is to describe the actions needed to be made by nursing staff to achieve successful breastfeeding.

We present a standardized care plan that follows the NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), and NIC (Nursing Interventions Classification) and show how these needs could be managed by nursing professionals.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En los últimos años se ha incrementado considerablemente la tasa de recién nacidos pretérmino (RNPT). El perfeccionamiento de los avances científicos y el mayor conocimiento han permitido aumentar su supervivencia.

La atención a su alimentación constituye un aspecto fundamental en la mejora de la morbilidad. En la actualidad existen múltiples fórmulas elaboradas para la alimentación de los RNPT, pero continúan siendo numerosos los estudios que abogan por la lactancia materna (LM) como el alimento más completo^{1,2}. Cuando nace un bebé prematuro, las glándulas mamarias de la madre, aún inmaduras, producen un derivado lácteo que posee un efecto protector mayor al de la leche que será producida en una gestación a término^{1,3}.

La leche materna se considera la mejor fuente nutricional para el RNPT por su mejor digestibilidad (absorción de grasas y proteínas) y su menor carga renal de solutos. Contiene factores antiinfecciosos y su baja osmolaridad disminuye el riesgo de enterocolitis necrotizante, madurando más rápidamente el tracto gastrointestinal²⁻⁷.

Pero a pesar de tantos beneficios, el establecimiento de la LM en un bebé prematuro no siempre resulta sencillo. Existen múltiples barreras que dificultan el proceso. Las estadísticas revelan que muchas madres desconocen la importancia de la leche materna o muestran cierta preocupación por si la calidad o el volumen de su leche será adecuada para el prematuro. Del mismo modo, muchas veces estas madres pueden verse sometidas a informaciones contradictorias por parte del personal sanitario que llevan al fracaso del proceso⁸.

Las enfermeras se encuentran en una situación privilegiada para asesorar y ayudar al establecimiento de la LM.

Pero no siempre existe conocimiento o unificación de criterios sobre las intervenciones que deben llevarse a cabo. La existencia de un plan de cuidados estandarizados podría favorecer la adherencia a la LM, y la unificación de criterios, resolver dudas entre los profesionales e informar a las madres.

El objetivo de este artículo consiste en presentar un plan de cuidados estandarizado para el desarrollo de la LM en los RNPT aportando conocimientos básicos sobre los cuidados de la LM para mejorar la calidad asistencial. Se identifican los obstáculos que los prematuros tienen para el amamantamiento y se desarrolla una serie de pasos necesarios para instaurar una LM eficaz.

Desarrollo

Los prematuros presentan numerosos problemas relacionados con la alimentación debido a su inmadurez, dentro de los cuales podemos destacar como más importantes⁹:

- Dificultad para la coordinación de la succión-deglución-respiración, que se consigue entre las 32-34 semanas de edad gestacional corregida (EGC).
- Inmadurez y desorganización neurológica.
- Posible reflujo gastrointestinal.
- Implicación de otros factores (cardiovasculares, respiratorios, etc.).
- Tono y postura anormales.
- Volumen gástrico reducido y vaciado lento.
- Aversión oral. La intubación endotraqueal, las sondas y las aspiraciones de secreciones son ejemplos de estimulación oral negativa que puede conducir a aversión oral. El niño identifica todos los tipos de estimulación oral

como dolorosa o nociva en lugar de placentera, pudiendo afectar la pauta de alimentación. La desensibilización es posible frotando suavemente las mejillas, administrando gotas de leche materna en su boca y eliminando al máximo la estimulación oral negativa.

- Fuerza y resistencia reducida para la succión.
- Larga hospitalización y múltiples personas que alimentan al bebé.

La [tabla 1](#) muestra la planificación de cuidados enfermeros que se ha diseñado utilizando las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association la Nursing Outcomes Classification y la Nursing Interventions Classification¹⁰⁻¹².

Discusión

A continuación se presenta una serie de pasos para poder lograr una LM exitosa. Dentro de cada paso se describen las intervenciones de enfermería por realizar y se reflejan las principales ventajas e inconvenientes de las técnicas usadas.

Asesoramiento materno temprano

Informar a las madres sobre los beneficios que la LM puede ofrecer a sus hijos constituye un pilar fundamental para el establecimiento y el seguimiento de la LM. En la [tabla 1](#) se describe de manera más precisa la información que puede ofrecer el personal de enfermería a las madres.

Administración de leche por sonda

Durante las primeras semanas es preciso alimentar al prematuro mediante nutrición enteral a través de sonda nasogástrica (SNG). La leche materna se considera el mejor sustrato tolerado para alimentaciones enterales en el prematuro, especialmente durante las primeras semanas de vida⁶.

Si los padres administran pequeñas cantidades de leche materna por la SNG, favorecemos su incorporación en el cuidado. Se puede ofrecer un chupete mojado en leche materna para proveerlo de estimulación oral positiva^{9,13}.

Método madre canguro

Si el bebé se encuentra hemodinámicamente estable, la madre puede realizar el método «madre canguro». Consiste en colocar al RNPT «piel con piel» en posición vertical sobre el pecho materno. Entre otros muchos beneficios, familiarizará al niño con el olor materno y contribuirá a reforzar los lazos madre-hijo. Muchas madres experimentan que después de realizar el método su producción de leche aumenta⁷. Existe correlación positiva entre la realización del método canguro y la continuidad en la producción de leche a los cuatro meses de EGC^{3,14}.

Alimentación por sonda mientras realiza método canguro

Podemos administrar leche materna por SNG durante la realización de la técnica, así asociará este estímulo placentero con la sensación de plenitud gástrica.

Alrededor de las 30 semanas de EGC, si el niño muestra signos de estar alerta y querer succionar, se puede acercar al pecho materno. Esto se puede realizar incluso en niños con presión positiva continua de aire y gafas nasales.

Succión no nutritiva

Aproximadamente a las 30–32 semanas de EGC, y siempre que el estado del bebé lo permita, comenzaremos con la succión no nutritiva. Consiste en darle acceso al pecho durante la realización del método canguro. En niños menores de 1.000 g, la madre vaciará completamente su pecho justo antes de la succión no nutritiva. El niño probará alguna gotita de leche, pero no hará una ingesta eficaz. Como en el paso anterior, mientras realice la succión no nutritiva, se administrará la alimentación por SNG^{9,15}.

Es muy importante el correcto posicionamiento para el éxito posterior. Hay que enseñar a la madre las distintas posturas de amamantamiento e instruirla para que sujete bien la cabeza del bebé y mantenga la vía aérea permeable.

Alimentación por vasito (*cup feeding*)

Constituye un método de alimentación para prematuros que no poseen la madurez suficiente para mamar directamente al pecho. Permite abandonar la alimentación por SNG progresivamente, evitando el uso de tetinas y su posterior confusión con el pezón.

A pesar de que la coordinación entre succión-deglución-respiración se consigue entre las 32–34 semanas de EGC, los RNPT pueden alimentarse con vasito a partir de las 30 semanas de EGC, ya que la habilidad para succionar no es necesaria para realizar esta técnica^{1,9,15,16}. Consiste en acercar el vasito lleno en sus tres cuartas partes al labio del niño, que debe estar alerta y receptivo. Al tocar la leche el labio del niño, se estimula la salida de la lengua y comienza a lamer y a sorber la leche.

Mediante este método se utiliza la enzima lipasa lingual, que parece tener un importante papel en la digestión de las grasas con la consiguiente ganancia ponderal^{1,9,16}. Además, ofrecemos estimulación oral positiva al dar la oportunidad de oler y saborear la leche.

Se realizará por parte de personal entrenado, puesto que no está exenta de riesgo (broncoaspiración)⁹. Implicar a las madres aumenta su sensación de control sobre la alimentación de su hijo.

Succión nutritiva

Sobre las 32–34 semanas de EGC, comenzaremos la succión nutritiva. El estado ideal para iniciar la alimentación con éxito es el denominado «alerta tranquila». El niño permanece despierto con mirada atenta y receptivo a la estimulación recibida, con ritmo cardíaco y respiratorio normal, y organizado conductualmente (Brazelton). Puede

Tabla 1 Diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones por realizar

Diagnósticos de enfermería (NANDA)	Resultados de la NOC	Intervenciones de la NIC
<p>00104. Lactancia materna ineficaz relacionada con prematuridad manifestada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Separación madre e hijo • Incapacidad del niño para mamar 	<p>1000. Establecimiento de la lactancia: lactante</p> <ul style="list-style-type: none"> 100001. Alineación y unión adecuadas 100002. Sujeción areolar adecuada 100004. Succión y colocación de la lengua adecuadamente 100008. Micciones al día según la edad 100011. Lactante satisfecho tras la lactancia <p>1001. Establecimiento de la lactancia materna: madre</p> <ul style="list-style-type: none"> 100101. Comodidad de la posición durante la alimentación 	<p>5244. Asesoramiento en la lactancia materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a la madre acerca de la alimentación del bebé para que pueda realizar una toma de decisión informada • Instruir a la madre sobre los beneficios de la lactancia, la importancia de la extracción temprana y el uso y mantenimiento del sacaleche • Realizar la primera extracción dentro de las primeras 6 h posparto con una frecuencia que imite el patrón de lactancia del bebé (mínimo: 8–10 veces por día)³. Existe correlación positiva entre la extracción de leche temprana (antes de las 6 h posparto) y extracciones frecuentes de leche con la continuidad de la lactancia a los 4 meses de EGC⁹ • En las primeras sesiones se debe extraer la leche de cada pecho durante 10–15 min. Cuando la producción se establezca, la extracción debe continuar hasta que el flujo de leche cese, consiguiendo la parte más grasa, prematuro^{3–6,9} • Realizar las extracciones viendo y tocando al bebé • Estimular el olfato del niño añadiendo pequeñas gotas de calostro en una gasa y acercándosela a su nariz • Evaluar la compresión de la madre de las pautas alimentarias del bebé (sujeción, succión y estado de alerta) • Enseñar los patrones de evacuación urinaria e intestinal en el bebé si procede (para conocer la cantidad de leche ingerida, puede ser útil el test de «la doble pesada», que consiste en pesar al bebé antes y después de la toma en las mismas condiciones. No debería ser el único indicador para valorar una adecuada ingesta y debe ser usado con precaución⁹) • Recomendar el uso de pezoneras si es necesario (el uso de pezoneras en prematuros puede aumentar la cantidad de leche ingerida en cada toma⁹. Está indicado cuando la madre posee una adecuada producción de leche y el RNPT tiene dificultades para mantenerse enganchado al pecho o los pezones son planos. Debe realizarse bajo la supervisión de personal experto y retirarlas cuando el bebé obtenga la ingesta del pecho^{1,16}) <p>1054. Ayuda en la lactancia materna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la capacidad del bebé para mamar • Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, si

	<p>100106. Reconocimiento de deglución en el lactante</p> <p>100107. Interrupción de la succión antes de retirar al lactante del pecho</p> <p>100109. Evitar utilizar una tetina con el lactante</p> <p>100118. Satisfacción con el proceso de lactancia</p> <p><i>1800. Conocimiento: lactancia materna:</i></p> <p>180001. Descripción de los beneficios de la lactancia materna</p> <p>180003. Descripción de la composición de la leche materna</p> <p>1800005. Descripción de la técnica adecuada de amamantar al bebé</p> <p>180014. Explicación de las razones para evitar el uso inicial de las tetinas</p> <p>18005. Descripción de las técnicas adecuadas de expulsión y almacenamiento de la leche materna</p>	<p>se oye la deglución y el patrón de mamar/deglutir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar • Enseñar a la madre a observar cómo mama su bebé • Facilitar la comodidad y la intimidad
00107. Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con prematuridad manifestado por deterioro de la habilidad para succionar o para coordinar la respuesta de succión y deglución	<p><i>1010. Estado de la deglución</i></p> <p>101106. Mantiene la cabeza relajada y el tronco erecto</p> <p>101101. Atragantamiento y tos con la deglución</p> <p><i>1800. Conocimiento: lactancia materna</i></p> <p>180007. Descripción de las succiones nutritivas frente a las no nutritivas</p> <p>180008. Descripción de la evaluación de la deglución del lactante</p> <p><i>1000. Establecimiento de la lactancia materna: lactante</i></p> <p>100004. Succión y colocación de la lengua correctamente</p> <p>100005. Deglución audible</p>	<p><i>6900. Succión no nutritiva</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar chupete para fomentar la succión durante la alimentación por sonda y durante 5 min después de la alimentación por sonda • Animar a la madre a que dé el pecho para que permita la succión no nutritiva • Instruir a los padres acerca de la succión no nutritiva <p><i>1056. Alimentación enteral por sonda</i></p> <p>Proporcionar un chupete al niño durante la alimentación si procede</p> <p><i>5244. Asesoramiento en la lactancia</i></p> <p>Realizar seguimiento al alta para aclarar dudas</p> <p><i>1054. Ayuda en la lactancia materna</i></p> <p>Fomentar el chupeteo no nutritivo del pecho. Acercar los labios del bebé al pezón sin forzar su entrada en la boca, permitiéndole lamerlo, acariciarlo o succionarlo</p>
00058. Riesgo de deterioro de la vinculación entre padres y el lactante relacionado con:	1500. Lazos afectivos padres-hijo	6824. Cuidados del desarrollo

Tabla 1 (continuación)

Diagnósticos de enfermería (NANDA)	Resultados de la NOC	Intervenciones de la NIC
<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad • Ansiedad asociada al rol parental 	150004. Los padres verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante 150006. Los padres tocan, acarician y dan palmaditas al lactante 150017. Los padres alimentan al lactante	<ul style="list-style-type: none"> • Crear una relación terapéutica y de apoyo con los padres • Facilitar «descansos» cuando el bebé muestre señales de estrés durante la succión nutritiva (p. ej., extensión de los dedos, fluctuaciones del ritmo cardíaco y respiratorio) <p><i>5820. Disminución de la ansiedad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente que facilite la confianza <p><i>6710. Fomentar el acercamiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar a los padres a tocar y a hablar al recién nacido • Ayudar a los padres a participar en el cuidado del bebé • Fomentar que los padres administren pequeñas cantidades de leche materna por la sonda nasogástrica • Favorecer que los padres realicen la técnica «método madre canguro», consiguiendo familiarizar al bebé con el olor de sus padres
EGC: edad gestacional corregida; NANDA: North American Nursing Diagnosis Association; NIC: Nursing Interventions Classification; NOC: Nursing Outcomes Classification; RNPT: recién nacido pretérmino.		

presentar movimientos mano-boca y succión rítmica. Supone un reto conseguir alcanzar este estado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; para ello respetaremos los períodos de mínima manipulación, ritmos de vigilia-sueño y correcto posicionamiento⁹.

Antes de ponerlo al pecho, la madre debe estimular la bajada de leche extrayendo una pequeña cantidad sin vaciarlo completamente. Así le ahorraremos el esfuerzo inicial. A medida que el niño madure, estas extracciones serán inexistentes. Hay que supervisar la toma para detectar signos de estrés: apnea, cambios en el ritmo cardíaco, respiración irregular, aumento de las necesidades de oxígeno, agitación, llanto, mirada dispersa, arqueamiento del cuerpo, dedos extendidos, ceño fruncido, estornudos, hipo, bostezos, piel moteada y/o vómitos. Si estos signos acontecen durante la alimentación, deberemos darle un tiempo para reorganizarse conductualmente. Si no lo consigue pasados unos minutos, se administrará el resto por sonda.

Alta

La extracción continuará hasta que succione directamente al pecho (40 semanas de EGC). Si no obtiene toda la leche del pecho, la extracción materna continuará y el resto de la toma será administrada con vasito o cuchara.

El personal de enfermería realizará un seguimiento al alta para solucionar dudas. Si no son resueltas satisfactoriamente, pueden llevar inexorablemente al fracaso³.

Conclusiones

La LM puede considerarse el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo, además de fortalecer los lazos madre-hijo.

La decisión de amamantar corresponde a los padres, que deben ser integrados como principales cuidadores en la alimentación de su hijo.

Sería conveniente la implementación de planes de cuidados estandarizados que guiaran a los profesionales, unificaran criterios, evitaran errores y facilitaran la incorporación de la LM dentro del ámbito hospitalario.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Nuria Herranz Rubia por su apoyo y porque sin su ayuda este proyecto no hubiese podido llevarse a cabo.

Bibliografía

1. Lang S, Lawrence CJ, Orne RL. Cup feeding: An alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child*. 1994;71:365-9.
2. Schanler RJ, Lau C, Hurst NM, Smith EO. Randomized trial of donor human milk versus preterm formula as substitutes for mothers' own milk in the feeding of extremely premature infants. *Pediatrics*. 2005;116:400-6.
3. Aguado J, Arena J. Lactancia materna: guía para profesionales. Madrid: Ergon; 2004.
4. Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human milk feedings and infection among very low birth weight infants. *Pediatrics*. 1998;102:E38.
5. Blaymore J, Ferguson A, Morales Y. Breastfeeding infants who were extremely low birth weight. *Pediatrics*. 1997;100.
6. Smith JR. Early enteral feeding for the very low birth weight infant: The development and impact of a research-based guideline. *Neonatal Netw*. 2005;24:9-19.
7. Rennhard H, Von Siebenthal K, Zimmerman U. Dar el pecho a bebés prematuros. Zurich: Wireltern; 2002.
8. Rodríguez NA, Miracle DJ, Meier PP. Sharing the science on human milk feedings with mothers of very-low-birth-weight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34:100-19.
9. Isaacson LJ. Steps to successfully breastfeed the premature infant. *Neonatal Netw*. 2006;25:77-86.
10. Ugalde M, Rijol A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción. 1997.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas M, editores. Proyecto de resultados Iowa. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC), 3 ed. Madrid: Elsevier España, SA; 2007.
12. McCloskey J, Bulechek GM, editores. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC), 4 ed. Madrid: Elsevier España, SA; 2007.
13. Sáenz-Rico de Santiago B. La familia en el marco hospitalario: neonatología centrada en la familia. *Rev Esp Pediatr*. 2002;58:37-43.
14. Pinelli J, Symington A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;CD001071.
15. Dowling DA, Meier PP, DiFiore JM, Blatz M, Martin RJ. Cup-feeding for preterm infants: Mechanics and safety. *J Hum Lact*. 2002;18:13-20.
16. Ritchie JF. Immature sucking response in premature babies: Cup feeding as a tool in increasing maintenance of breastfeeding. *J Neonatal Nurs*. 1998.