



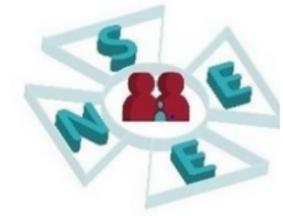
**Sociedad
Española de
Enfermería
Neonatal**

II WEBINAR 2024

**LACTANCIA MATERNA Y
TRABAJO EN
EQUIPO. VALOR AÑADIDO DE
LA
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA Y
NEONATAL**

28 de Mayo de 2024

Preguntas:



Sociedad
Española de
Enfermería
Neonatal

- **Alba:** ¿Qué cantidad de leche es adecuada para decir que una madre tiene buena producción?

Por los estudios se sabe que al finalizar el período de calibración se debe alcanzar al menos los 350-550 ml de leche extraída, aunque lo ideal es superar los 750ml. Los estudios insisten en la importancia de la frecuencia de extracción los 15 primeros días, especialmente los primeros 7 días, y como ya sabéis, lo antes posible después del parto.

- **Alba:** ¿Cómo saber si un prematuro está preparado para ponerlo al pecho?

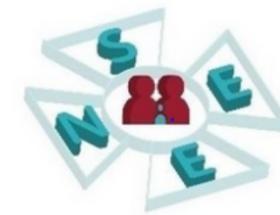
Eso nos lo muestra la observación de ese neonato, su patología y morbilidad asociada, si la hay. Su entorno, se trata de seguir la metodología de los CCDF...

- **Alba:** ¿Con GAF el niño se puede poner al pecho?

Por supuesto, por si sólo es un modalidad de ventilación no invasiva que no contraindica la alimentación oral, salvo que se necesiten flujos elevados con FIO2 elevadas.

- **Alba:** ¿En Coruña tenéis logopeda en la unidad? ¿Todos los días?

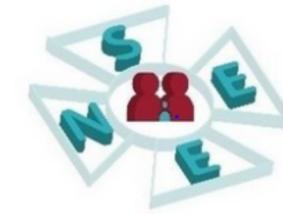
No, hacemos interconsulta y ellos vienen a la unidad, pero no está asignado como propio para nuestra unidad. Ojalá fuera así...



- **Alba:** ¿Es el perfil de la enfermera neonatal el más adecuado para desarrollar el papel de asesora de LM (IBCLC) en la UCIN? ¿Por qué crees que es así?

Los profesionales de implicación /responsabilidad directa en la lactancia en una unidad neonatal son, las enfermeras neonatales (especialistas y no especialistas), TCE y neonatólog@s. Cualquiera de ellos cumple ese perfil, al que hay que añadir tener formación de experta, que no tiene por qué supeditarse solamente al título de IBCLC. Las formaciones de postgrado son formaciones que complementan muy bien la formación sanitaria.

Son los profesionales con la mejor capacitación para abordar la patología y morbilidad asociada a un niño enfermo y prematuro e integrar sus conocimientos en lactancia para poder hacer un correcto acompañamiento a la diada, que en estos casos viene condicionada por la patología/morbilidad/riesgo neonatal y pediátrico.



- **Alba:** Porqué crees que cuesta tanto reconocer el importante papel de la enfermería pediátrica en la lactancia?

Por lo que ha explicado Angie, históricamente hubo un parón en las especialidades de enfermería que hizo que la lactancia se centralizara en la única especialidad que se mantuvo. Una vez retomadas las especialidades, el desconocimiento de la población, de las instituciones, etc. y de los propios profesionales, han hecho que se mantenga ese manejo centralizado. Con respecto a la lactancia también existe la creencia que no es algo en lo que haya que formarse...

- **Alba:** ¿Con GAF el niño se puede poner al pecho?

Los criterios actuales que se tienen en cuenta para poner a un neonato al pecho son la estabilidad clínica, morbilidad asociada, la observación pre-intervención, durante y postintervención, no ventilación mecánica invasiva ni no invasiva con presión positiva continua en la vía aérea. Con respecto a la terapia con alto flujo, no flujos para alcanzar FIO₂ por encima de 30%. Siempre hay que hacer una valoración individual, independiente de su edad y peso postnacimiento.



- **Alba:** ¿Cómo es vuestra estructura de apoyo a la LM dentro de la unidad neonatal en A Coruña? ¿Qué otras estructuras de apoyo se pueden adoptar en una UCIN?

En nuestro caso, tenemos la figura de asesoría de lactancia, que en estos momentos desempeño yo. Sesión diaria multidisciplinar con todo el equipo, pase visita diario y registro en Historia Lactancia electrónica, asesoramiento individual a las madres, talleres diarios de lactancia en escuela de familias, consulta lactancia neonatos de riesgo tras alta hospitalaria, gestión leche donada, captaciones donantes.

Herramienta de apoyo a los compañeros de la unidad.

Grupo de trabajo de lactancia dentro de la unidad, formado por 12 profesionales, enfermeras pediatría, TCE, neonatólogos, tenemos 3 IBCLC en el grupo. Me ayudan a dar soporte a la lactancia

Por otro lado, docencia a los profesionales de la unidad y a los MIR de ginecología, pediatría y EIR de todas las especialidades. Con rotación por el servicio de asesoría.

Hoy en día la iniciativa con más impacto en la lactancia es la IHAN, en este caso su extensión a las unidades neonatales, NEOIHAN.

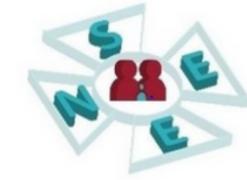
Creo que todos, de alguna manera oficial o extraoficial, echamos mano de estas estrategias, combinadas con las que detallé en el webinar.



- **Angie:** Las enfermeras que acaban el grado de enfermería, ¿salen formadas para poder ayudar a las madres que quieren amamantar a sus hijos?

La ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Adjunto el enlace <https://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>

En las competencias generales ni específicas no se describe de manera explícita la lactancia materna pero cuando accedes a la Guía Docente de la asignatura Cuidados enfermeros en la maternidad, infancia y adolescencia, del grado en Enfermería, en el contenido de dicha asignatura en ocasiones se detalla. Los ECTS de dicha asignatura varían a nivel nacional, me atrevería a dar una aproximación media entre 6 a 7,5 ECTS. He sido docente universitaria durante 12 años en dos universidades diferentes. Habitualmente un docente dispone de 40 a 50 horas para impartir la parte teórico-práctica de la parte infantil. Desde mi experiencia hemos impartido aproximadamente 4 horas de media sobre lactancia materna pero no existe una indicación de impartir dichas horas y considero muy complicado impartir más horas, 4 horas supone entre un 7 y un 10% de las horas disponibles en la asignatura. Las prácticas en el área de pediatría son aproximadamente de 3 meses, por lo tanto, en ese tiempo también tendrían la oportunidad de aprender en cuanto a la transferencia del conocimiento y la habilidad. No obstante, considero que pueden adquirir conocimientos y habilidades muy básicos para ayudar a las madres que quieran amamantar a sus hijos pero que sería oportuno recomendar aumentar la formación sobre lactancia materna.



- **Angie:** Dentro de las especialidades de enfermería pediátrica y/o neonatal, ¿existe formación amplia y completa sobre LM?

Tal y como les comenté en la charla, el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica indica explícitamente las competencias y resultados de aprendizaje esperados a adquirir en relación con la lactancia materna. Las unidades docentes de la especialidad de Enfermería Pediátrica tenemos que garantizar que se adquiera dicha competencia. La formación durante la residencia se basa más en el saber hacer (habilidad) que en el saber saber (conocimiento teórico), y se fomenta más el autoaprendizaje y la metacognición. El Ministerio da como obligatoriedad las rotaciones que tienen que llevar a cabo los EIR de Pediatría y en todas ellas tienen la oportunidad, durante 2 años, de aprender sobre lactancia materna: 7 meses en Atención Primaria, 2 meses en Neonatología, 2 meses en urgencias de Pediatría, 5 meses en Hospitalización Pediátrica, 3 meses en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y 3 meses en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

En el BOE no se especifica la formación teórica necesaria en lactancia materna, ni se impone como obligatoriedad, pero sí al ser una competencia necesaria para adquirir, somos los responsables de las unidades docentes quienes tenemos que garantizar que adquiera dicha competencia.

En nuestra unidad docente del CHUIMI los EIR de Pediatría realizan un curso online de lactancia materna de 50 horas, 10 horas teórico-prácticas presenciales con casos reales, participan en las jornadas formativas de lactancia materna que realizamos para el día mundial de la LM y rotan 1 semana en la consultoría de lactancia materna.

Tal y como se propuso, sería oportuno plantearnos unificar la formación en lactancia materna. Lo valoraremos desde la SEEN.

- **Angie:** ¿Crees q la especialidad de enfermería pediátrica está suficientemente integrada en las diferentes áreas sanitarias españolas? ¿Qué se podría hacer?

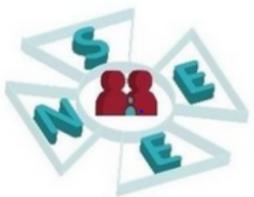
Desgraciadamente existe una gran desigualdad entre las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) en el reconocimiento de la especialidad de Enfermería Pediátrica, y lo que ello implica.

En mi ponencia les expuse cuál es la situación actual de nuestra especialidad a nivel nacional. La mayoría de las CCAA ya tienen plantilla orgánica o están en proceso, pero con diversidad en la oferta y por otro lado, hay 3 CCAA que ni siquiera disponen de una lista específica para enfermeros especialistas en pediatría. La incongruencia es tal que en algunas instituciones penalizan durante 1 año a enfermeros generalistas que les da miedo trabajar con niños y, a su vez, en el mismo día podría suceder, que penalizan a un enfermero especialista en pediatría que rechaza el contrato a trabajar con adultos.

¿Qué se podría hacer? Solicitar el reconocimiento del valor del cuidado especializado a los niños y a la familia a las autoridades competentes, desde las sociedades científicas, sindicatos, colegios de Enfermería...

Existe mucha desinformación sobre nuestras competencias, hay que informar a los gestores, a las compañeras, a la población...

Empoderarnos y nosotras mismas dar el valor a nuestra especialidad porque las barreras han agotado a muchas compañeras. Unirnos todas, las que lograron la especialidad por vía excepcional y las que llevan muchísimos años trabajando en el área de pediatría, pero por alguna cuestión mínima no consiguieron la vía excepcional. Compañeras, se trata de una transición y hemos de estar unidas.





- **Angie:** ¿Por qué crees que es importante la subespecialidad de enfermería neonatal dentro de la enfermería pediátrica?

El momento de mayor crecimiento y desarrollo madurativo del ser humano en la vida extrauterina es en la etapa neonatal. El neonato tiene unas características anatómicas y fisiológicas muy específicas, teniendo en cuenta, además, que la viabilidad del recién nacido es de 24 semanas de edad gestacional, hemos de estar capacitadas para aportar cuidados de alta especificidad, de alta complejidad y exigencia debido a la inmadurez y a la dificultad para la adaptación a la vida extrauterina.

La enfermera neonatal, como cualquier enfermera, tiene que identificar las necesidades de sus pacientes (en este caso el neonato y su familia) y para ello requiere de una gran destreza para la comunicación no verbal con el neonato, la observación y la interpretación de su forma de comunicarse es clave para identificar y satisfacer sus necesidades. Modelos como los Cuidados Centrados en la Familia (NIDCAP, FINE y otros) son herramientas que nos permiten adquirir dichos conocimientos y habilidades. En los cuidados al neonato también se incluye adecuar su entorno y hemos de conocer cómo interfiere en él hasta su propia cuna o incubadora, los mecanismos de pérdida de calor para aportarle una temperatura neutra, el nivel de ruido, la luz, piel con piel, lactancia materna en situaciones complejas, velar por su neurodesarrollo, velar por el vínculo de apego,...y un largo etc.



- **Esther:** ¿Son los programas como el NIDCAP los que ayudan a la logopeda a determinar qué, cómo y cuándo actuar para favorecer la transición sonda al pecho?

El NIDCAP es un modelo de cuidado que procura una aplicación individualizada a partir de la observación de la conducta y del conocimiento de su entorno físico y familiar. Busca mejorar el pronóstico de los bebés ingresados en UCIN y proteger el neurodesarrollo.

Interpretar la conducta del bebé nos ayudará a conocer sus fortalezas y debilidades y a saber qué estrategias le van a ser útiles. Estas habilidades nos van a ayudar, indiscutiblemente, a mejorar la transición de sonda al pecho.

- **Esther:** En UCIN donde no hay logopeda ¿qué estrategias formativa/competencial pueden desarrollar las enfermeras para poder afrontar esa carencia?

Cómo ya explicó Alba, la carencia de una logopeda no se puede suplir, al igual que la de cualquier otro profesional.

La auscultación es una práctica que las logopedas estamos muy acostumbradas a utilizar y que podéis incluir.

- **Esther:** Logopeda y fisioterapeuta, ¿realizan cuidados similares o complementarios?

Son profesiones complementarias.



- **Esther:** ¿Cuál es vuestra experiencia? Justo el estudio que has mostrado es uno de ellos pero también otro que dice que la LM al pecho es segura en bb disfagia.

Revisando evidencia encontré discrepancias (a favor y en contra de la LM con factor de riesgo para enfermedad respiratoria).

Lo que dice la evidencia es que la LM es un factor de protección contra la aspiración en lugar del uso del biberón, pero si un bebé aspira con lactancia materna directa o diferida se le tiene que dejar de ofrecer esa leche porque seguro que le va a dar complicaciones respiratorias.

Os adjunto este artículo:

Duncan DR, Golden C, Larson K, Williams N, Simoneau T, Rosen RL. Breastfeeding in infants who aspirate may increase risk of pulmonary inflammation. *Pediatr Pulmonol.* 2024 Mar;59(3):600-608. doi: 10.1002/ppul.26788. Epub 2023 Dec 1. PMID: 38038162; PMCID: PMC10922248.

- **Esther:** Comentas que la deglución es de lo más importante, y muchas veces se queda en un segundo plano, como algo no importante y muy próximo al alta...

Lo que quería transmitir es que suele ser una de las últimas funciones en adquirirse precisamente por su complejidad no porque no se le dé importancia. Por esta razón no debemos tener prisa y dar tiempo al neonato a seguir su ritmo sin forzar la alimentación por boca.

- **Esther:** La aspiración en disfagia es uno de los mayores miedos para el inicio de la lactacia materna al pecho...

La alteración de la seguridad de la alimentación, es decir, asegurar una ingesta suficiente de alimento y cubrir las demandas metabólicas sin que se produzcan complicaciones respiratorias, es lo más importante por el riesgo que implica. No importa si se trata de alimentación al pecho o al biberón, aunque entre uno u otro, al pecho el bebé siempre tiene más recursos para protegerse que con el biberón.



Preguntas Comunes:

- ¿Creéis que sería recomendable que los modelos CCF (FINE y otros) estuvieran incorporados en la formación reglada de la enfermería neonatal?

Esther:

Desde mi punto de vista son muy importantes, ya que cambia toda tu manera de ver la profesión y cómo consecuencia tu práctica clínica. Si no sabes ver no ves, no puedes interpretar unos signos que no sabes leer.

Alba:

Por supuesto, sin lugar a dudas, los profesionales que aplicamos CCDF, debemos estar entrenados en la metodología de estos modelos.