

# PRÁTICAS DE INCENTIVO Y APOYO AL AMAMANTAMIENTO DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN LA PERSPECTIVA DE LA MADRE

Ana Leticia Monteiro Gomes<sup>1</sup>, Talita Balamnut<sup>2</sup>, Bruna Nunes Magesti<sup>3</sup>, Danielle Lemos Querido<sup>4</sup>,  
Carmen Gracinda Silvan Scochi<sup>5</sup>, Marialda Moreira Christoffel<sup>6</sup>

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las prácticas de incentivo y apoyo al amamantamiento de recién nacidos prematuros en el ámbito hospitalario y después del alta hospitalaria, bajo la perspectiva de la madre.

**Método:** Estudio descriptivo realizado en el ambulatorio de follow-up de un Hospital Amigo del Niño del Municipio de Rio de Janeiro, en los meses de junio a octubre, en 2015. La recolección de datos fue realizada por medio de entrevista, utilizando un formulario estructurado, con 17 madres de 21 recién nacidos prematuros, en las dos primeras semanas después del alta hospitalaria. Los datos fueron organizados utilizando el software Excel®, para ser exportados para el programa estadístico R® y analizados utilizando estadística descriptiva.

**Resultados:** En el ámbito hospitalario, 17,6% de las madres realizaron el contacto piel con piel, en la sala de parto; 94,1% realizaron extracción de leche de la mama; 94,1% amamantaron directamente en el seno materno; y, 58,8% de las madres participaron de los grupos de apoyo durante el prenatal y/o durante la internación. Después del alta hospitalaria, 93,7% de las madres recibieron ayuda de profesional de la salud para amamantar.

**Conclusión:** es necesario utilizar herramientas que sustenten las estrategias de apoyo al amamantamiento materno para su inicio y mantenimiento de la lactancia materna durante y después de la internación hospitalaria.

**Palabras clave:** Lactancia materna; Madres; Recién nacido prematuro; Enfermería neonatal; Promoción de la salud.

1. Ana Leticia Monteiro Gomes – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ/EEAN). Professora Adjunta. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: analeticiagomes88@gmail.com ORCID iD: 0000-0001-6220-5261
2. Talita Balamnut - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade de São Paulo/ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP/ EERP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: talita\_balamnut@yahoo.com.br ORCID iD: 0000-0002-9746-3102
3. Bruna Nunes Magesti - Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ/EEAN). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail. ORCID iD:0000-0001-9901-6659
4. Danielle Lemos Querido - Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Mestra em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ/EEAN). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail. danyquerido@me.ufrj.br ORCID iD: 0000-0003-4895-296X
5. Carmen Gracinda Silvan Scochi - Enfermeira. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade de São Paulo/ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP/ EERP). Professora Titular. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: carmenscochi@gmail.com ORCID iD: 0000-0001-5865-9711
6. Marialda Moreira Christoffel - Enfermeira. Pós-doutorado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ/EEAN). Professora Associada. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: marialda.ufrj@gmail.com. ORCID iD: 0000-0002-4037-8759

### Artigo Original

#### Autor Correspondente:

Ana Leticia Monteiro Gomes.  
Endereço completo: Rua Afonso Cavalcanti, 275.  
Cidade Nova. CEP: 20211-110.  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
Telefones: (21) 2293-8999 e E-mail: analeticiagomes88@gmail

**Data de submissão:** 17/06/2019  
**Data de aceite:** 19/09/2019

#### Como citar esse artigo

GOMES, A. L. M. et al. Práticas de incentivo y apoyo al amamantamiento de recién nacidos prematuros en la perspectiva de la madre. *Advances in Nursing and Health*, v. 1, p. 98-112, Londrina, 2019.

## INTRODUCCIÓN

El amamantamiento materno es una de las principales estrategias para la reducción de la morbilidad y mortalidad, en recién nacidos prematuros (RNPTs). Esta es una iniciativa importante para la supervivencia de los RNPTs, cuyo impacto es positivo tanto sobre el tiempo de internación, pronóstico, crecimiento y desarrollo neurológico, como para el impacto económico[1].

Sin embargo, a pesar de los beneficios citados, la prevalencia de amamantamiento materno en RNPTs es menor si comparada con los recién nacidos a término[2]; así, es necesario discutir las estrategias de apoyo utilizadas para iniciar y mantener el amamantamiento de los RNPTs con la finalidad de aumentar la prevalencia de esta práctica.

Entre las estrategias adoptadas para aumentar la prevalencia, de la práctica de la lactancia materna en RNPTs, están las acciones de apoyo al amamantamiento materno: el estímulo al contacto piel con piel, que se inicia con el acogida de la familia en la unidad neonatal, el consejo de amamantar en el prenatal y posnatal y los programas educativos para profesionales de salud y familiares, son ejemplos de esas estrategias de apoyo.

Para promover y apoyar la práctica de

la lactancia materna del RNPT, en 2012, un grupo de investigadores de los países nórdicos y de Canadá, elaboraron la expansión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, para Unidades Neonatales (IHAN-Neo), considerando las necesidades inherentes a los prematuros, ya que estos necesitan de un cuidado diferenciado en relación al amamantamiento, en el contexto de la unidad neonatal[3].

La IHAN-Neo presenta tres principios: la actitud del equipo, que debe centrarse en y responder a las necesidades individuales de cada madre en su contexto; el incentivo a las acciones facilitadoras del abordaje del cuidado centrado en la familia; y, por último, la continuidad del cuidado entre los períodos pre, peri y posnatal, así como después del alta hospitalaria[3].

La IHAN-Neo también propone Diez Pasos para el Éxito de la Lactancia Materna Exclusivo en Unidades Neonatales: 1) Tener una política escrita que es rutinariamente comunicada a todos los profesionales de la salud; 2) Educar y entrenar a todos los profesionales de la salud en conocimientos específicos y en las habilidades necesarias para implementar esa política; 3) Informar a todas las gestantes hospitalizadas con riesgo de nacimiento prematuro o niño enfermo sobre el manejo de la lactación y amamanta-

miento y los beneficios del amamantamiento materno; 4) Incentivar precozmente el contacto piel con piel, entre la madre y el bebé, de manera continua y prolongada (Cuidado Canguro); 5) Demostrar a las madres como iniciar y mantener la lactación y establecer la estabilidad del bebé como único criterio para el inicio precoz de la lactancia materna; 6) No ofrecer alimentos u otras bebidas que no sean la leche humana, a los recién nacidos, excepto en caso de haber indicación médica; 7) Permitir que las madres y bebés permanezcan juntos 24 horas por día; 8) Incentivar la libre demanda o cuando necesario, la semidemanda de amamantamiento, como una estrategia transicional para prematuros o bebés enfermos; 9) Usar métodos alternativos a la mamadera, por lo menos hasta el completo establecimiento de la lactancia materna; solamente usar picos de mamadera o chupetes, solo en caso de motivo justificado; y, 10) Preparar los padres para la continuidad del amamantamiento materno y asegurar acceso a grupos o servicios de apoyo después del alta hospitalaria[3].

El proceso de amamantar al prematuro no es fácil. Las madres de RNPTs enfrentan una situación extremadamente estresante, en el momento del nacimiento, en el cual ocurre la separación de la madre y el bebé. Además de eso, todavía no existe consenso sobre el momento exacto para que

el RNPT inicie el amamantamiento (succión en el seno materno). Un estudio sugiere la estabilidad clínica como único criterio para iniciar el amamantamiento, sin la necesidad de programas de estimulación oral[3]. Otros autores sugieren, a los profesionales de la salud, estimular el sistema sensorial y motor oral, para promover el desarrollo de las funciones orales de neonatos, antes de iniciar el amamantamiento(4).

Debido los desafíos citados, muchas madres refieren dificultades relacionadas al inicio y mantenimiento del amamantamiento materno, tales como la progresión lenta de la lactancia materna y el agotamiento materno, debido al número elevado de extracciones de leche del pecho materno, que son necesarias para el mantenimiento de la lactación/ amamantamiento[5]. Además de eso, en el contexto de la prematuridad, el amamantamiento pasa a ser secundario si se considera el miedo de la pérdida del bebé y la angustia del tiempo de separación, que se deben a la internación prolongada e inestabilidad clínica del hijo[6].

Delante de lo expuesto, el objetivo de este estudio fue analizar las prácticas de incentivo y apoyo al amamantamiento, de recién nacidos prematuros, en el ámbito hospitalario y después del alta hospitalaria, bajo la perspectiva de la madre.

## MÉTODO

---

El presente estudio hace parte de una investigación multicéntrica titulada "Lactancia materna en prematuros: impacto de la IHAN en las unidades neonatales". Se trata de un estudio descriptivo, realizado en ambulatorio de follow-up, en una maternidad pública, Hospital Amigo del Niño, localizada en el Municipio de Rio de Janeiro (hospital control de la Región Sureste de Brasil).

El cálculo del muestreo, para la recolección de datos, de este estudio, tuvo como base el cálculo realizado para el estudio multicéntrico, utilizando el programa de computador denominado G Power analysis 3.1., habiéndose obtenido un tamaño de muestra, de por lo menos, 21 madres de prematuros, en el hospital. De ese modo, este estudio se realizó con 17 madres de 21 recién nacidos pretérmino (cuatro gemelos) atendidos en las dos primeras semanas después del alta hospitalaria, en los meses de junio a octubre, en 2015.

Fueron incluidas en el estudio las madres de recién nacidos prematuros que quedaron internados en la unidad de terapia intensiva neonatal de la institución investigada, en las primeras 48 horas de nacimien-

to y que frecuentaron el ambulatorio en el período de recolección de los datos. Fueron excluidas las madres que tenían histórico de disturbios psiquiátricos y/o problemas neurológicos y las que tenían contraindicación temporaria o definitiva para el amamantamiento materno (por ejemplo: ser portadora del virus de la inmunodeficiencia humana y/o el virus 1 linfotrópico T humano o estar usando medicamentos que impiden el amamantamiento).

Los datos fueron recolectados a partir de una entrevista individual, guiada por un instrumento estructurado, en el cual eran anotadas las respuestas de las participantes del estudio. La duración media de cada entrevista fue de 15 minutos. Antes de la recolección de datos, se realizó un test piloto con cinco madres, dos de ellas tenían hijos gemelos, haciendo un total de siete prematuros que no fueron incluidos en la muestra final. A partir de los resultados encontrados en el test piloto, el instrumento de recolección de datos fue ajustado en lo que se refiere al contenido.

El instrumento de recolección de datos contenía cinco bloques: datos sociodemográficos de las madres; datos de la gestación y del parto; datos del nacimiento; condiciones

del RNPT durante la internación; y, datos sobre las estrategias de apoyo al amamantamiento materno (acogida de los padres en la UTIN, realización del contacto piel con piel y/o posición canguro, extracción mamaria, ofrecimiento de orientaciones sobre el amamantamiento materno, participación en grupos de apoyo para el amamantamiento y recepción de materiales educativos sobre el amamantamiento materno).

Para la realización de la recolección de datos, la investigadora o el auxiliar de investigación comparecieron al ambulatorio, en los días programados, en una sala privada, para realizar la lectura del Término de Consentimiento Libre e Informado y recoger las firmas de las participantes; después de lo anterior se iniciaba la entrevista.

Los datos obtenidos fueron introducidos doblemente y organizados en planillas del software Excel® versión 2010; los mismos fueron comparados para corregir las inconsistencias. Posteriormente fueron exportados para el programa estadístico R® versión 3.1.1.

Después esa etapa, los datos fueron analizados de forma descriptiva, a partir de porcentaje simple y media ( $\bar{x}$ ); los resultados se presentan en tablas.

En consonancia a los preceptos éticos en investigaciones en las que participan seres humanos, contenidos en la Resolución nº 466, de 12 de diciembre de 2012, la investigación obtuvo decisión favorable del Comité de Ética en Investigación, con protocolo CAAE: 44033215.3.0000.5238 y Dictamen número: 1.349.465.

## RESULTADOS

---

Este estudio contó con una mayor participación de mujeres en el intervalo etario de 30 a 41 años (52,9%) y con un nivel de escolaridad de enseñanza media completa (41,1%). En cuanto a las informaciones relacionadas a la gestación y parto, 58,8% [10] de las mujeres afirmaron haber experimentado partos anteriores y, de estas, 20% [2] afirmaron que tuvieron parto prematuro y 90% [9] de las madres habían amamantado (seno materno) a sus recién nacidos, por lo menos alguna vez. En relación a la gestación más reciente, 88,2% [15] de las madres recibieron orientaciones sobre amamantamiento materno durante el prenatal; 88,2% [15] tuvieron parto cesáreo y apenas 17,3% [3] informaron haber realizado contacto piel con piel con el RNPT, en el momen-

to del nacimiento. Ninguno de estos RNPTs fue amamantado en la primera hora de vida y 66,6% [14] tuvieron incomodidad respiratoria, en el momento del nacimiento, así como 47,6% [10] de los RNPTs necesitaron de reanimación neonatal; 61,9% [13] fueron prematuros tardíos (32 hasta 36 semanas),

76,1% [16] tuvieron bajo peso y 9,52% [2] uvieron el Apgar del 5º minuto, menor que 7. La distribución de la frecuencia con que sucedieron las estrategias de apoyo contenidas en los pasos 3, 4, 5, 7 de la IHAN-Neo está descrita en la Tabla 1, la que se presenta a continuación.

**Tabla 1 – Distribución de las estrategias de apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, en la perspectiva de madres de RNPTs (n=17), en el ambulatorio de *follow-up*. Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2015.**

VARIABLES	N	%
<b>ACOGIDA DE LOS PADRES EN LA UTIN EN EL PRIMER DÍA DEL NACIMIENTO</b>		
Madre	3	17,6
Padre	15	82,3
<b>APROXIMACIÓN FÍSICA DE LA MADRE CON EL PREMATURO POR CONTACTO PIEL CON PIEL, EN EL TÓRAX MATERNO</b>		
Luego después del nacimiento	3	17,6
>24ª hora	11	64,7
No hubo	3	17,6
<b>APROXIMACIÓN FÍSICA DE LA MADRE CON EL PREMATURO POR CONTACTO PIEL CON PIEL, A TRAVÉS DEL TOQUE</b>		
Luego después del nacimiento	4	23,53%
>24ª hora	8	47,1%
No hubo	5	29,41%

<b>VARIABLES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>REALIZACIÓN DE LA POSICIÓN CANGURO EN LA INTERNACIÓN</b>		
Madre	14	82,3
Padre*	9	52,9
<b>REALIZACIÓN DE LA POSICIÓN CANGURO EN EL DOMICILIO</b>		
Madre	12	70,6
Padre*	7	41,2
<b>ORIENTACIÓN SOBRE EXTRACCIÓN EN LA 1ª VISITA DE LA MADRE A LA UTIN</b>		
Si	8	47,1
No	8	47,1
Ignorado	1	5,9
<b>ORIENTACIÓN SOBRE AMAMANTAMIENTO DURANTE LA INTERNACIÓN</b>		
Si	16	94,1
No	1	5,9
<b>FRECUENCIA DE ORIENTACIONES SOBRE AMAMANTAMIENTO DURANTE LA INTERNACIÓN</b>		
Si	16	94,1
No	1	5,9

VARIABLES	N	%
<b>FREQUÊNCIA DE ORIENTAÇÕES SOBRE AMAMENTAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO</b>		
Diariamente	7	43,8
En la mayor parte del tiempo	5	31,2
Solamente en los primeros días	4	25,0
<b>PARTICIPACIÓN EN GRUPOS DE APOYO PARA AMAMANTAMIENTO</b>		
Si	10	58,8
No	7	41,1
<b>RECEPCIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA</b>		
Si	14	82,3
No	3	17,6

\*Datos fornecidos pela mãe.

Cabe destacar que tres (14,3%) RNPTs recibieron contacto piel con piel, en el tórax materno, inmediatamente después del nacimiento; estos RNPTs nacieron con edad gestacional; dos RNPTs por la fecha de la última menstruación (FUM), de 33 semanas y 2 días y un RNPT de 32 semanas y 5 días.

En relación al contacto piel con piel, en la posición canguro (paso 4 de la IHAN-Neo), 80,9% [17] de los RNPTs tuvieron ese contacto en algún momento de la internación.

De estos, 64,7% [11] experimentaron la posición canguro con más de 24 horas de vida y para 28,5% [6] las madres de los RNPTs no recordaban el momento exacto en que la realizaron. La media de días para la realización de la primera posición canguro, de las madres que recordaban la información, fue de 10,4 ( $\pm$  6,9) días. En relación a esa práctica en el domicilio, solamente 70,6% de los prematuros continuaron a recibir contacto piel con piel, por medio de la posición canguro.



En relación al paso 5 de la IHAN-Neo, práctica de la extracción mamaria, 12,5% [2] de las madres la realizaron en las primeras 24 horas de vida del RNPT; 23,5% [4], entre 48 y 72 horas de vida; 52,9% [9] después de 72 horas de vida; y 5,8% [1] no recordaban la información. En cuanto al primer local de extracción, para 50% fue en el banco de leche; 43,75%, en la unidad de terapia intensiva neonatal (UTIN); y 6,25% no recordaban el local. Además de eso, 87,50% de las 16 madres que extrajeron leche tuvieron ayuda del equipo de enfermería en esta técnica.

Sobre el momento en que eran ofrecidos, los grupos de apoyo para amamantamiento, a las madres, 60% [6] informaron participación durante el prenatal (paso 3 de la IHAN-Neo); 20,0% [2], durante el prenatal y su internación (pasos 3 y 5 de la IHAN-Neo); 10% [1], después del alta y durante la internación del bebé (pasos 5 y 10 de la IHAN-Neo); y 10% [1], apenas durante la internación, en la maternidad (paso 5 de la IHAN-Neo).

Se destaca que, durante la internación hospitalaria de los RNPTs, 82,3% [14] de las madres recibieron ayuda de los profesionales de salud para amamantar y 100% [17] se sintieron apoyadas para amamantar por el Banco de Leche Humano.

En relación a la ayuda y al apoyo ofrecidos a las madres por los profesionales de salud después de la internación hospitalaria del RNPT (paso 10), 94,1% [16] recibieron ayuda para amamantar y 52,9% [9] se sintieron apoyadas para amamantar.

## DISCUSIÓN

---

Las madres de RNPTs necesitan recibir estrategias de apoyo para el amamantamiento, de forma a favorecer su inicio y mantenimiento. Esas estrategias deben estar basadas en evidencias científicas y ser ofrecidas de forma sistematizada en el prenatal, durante la internación del bebé en la unidad de terapia intensiva neonatal y hasta después del alta, en el domicilio[2].

La entrada precoz de los padres en la unidad de terapia intensiva neonatal (UTIN) y el estímulo a la participación de estos en los cuidados del bebé, es una recomendación del Ministerio de la Salud y uno de los principios de la IHAN-Neo, que tiene como finalidad promover el vínculo familia bebé, ya que el ambiente de la UTIN es frecuentemente asociado a la posibilidad de muerte y la vivencia de esta hospitalización causa un profundo impacto en la vida familiar[6].

Dentro de lo que es preconizado por la IHAN-Neo, como los Diez Pasos para el Éxito de la Lactancia Materna Exclusiva en Unidades Neonatales, los pasos 3 y 5 comprenden el manejo y el mantenimiento de la lactación; en ese contexto, la extracción mamaria es de alta relevancia.

Para el proceso de inicio y mantenimiento de la lactación y amamantamiento materno, conforme es preconizado en el 1º principio de la IHAN-Neo, los profesionales de la salud deben considerar las particularidades que las madres - de recién nacidos, internados en unidades neonatales - enfrentan; por ejemplo: experimentar la actividad cotidiana hospitalaria, lidiar con los sentimientos de pérdida, estrés, ansiedad, adaptación y resiliencia[7].

De ese modo, como estrategia de apoyo para el inicio y mantenimiento del amamantamiento materno, es necesaria la extracción mamaria, que es apuntada en la literatura científica como una de las prácticas que favorece el amamantamiento materno. La extracción precoz de la leche materna, resulta en una lactación bien sucedida y por un mayor período, en las madres de recién nacidos de muy bajo peso[8].

El momento de la primera extracción de leche materna está íntimamente vinculado al

éxito de la lactación. La literatura científica recomienda que los profesionales de la salud incentiven a la madre a estimular la mama y retirar la leche precozmente, de preferencia en las primeras seis horas después del parto[8]. A pesar de existir esa recomendación, este estudio encontró que esa práctica todavía es pospuesta, en la unidad en donde ocurrió la investigación.

Un estudio transversal realizado con 100 madres de RNPTs en Milán, en Italia, mostró que 58% de las madres entrevistadas comenzaron a extraer la leche materna en las primeras 24 horas de parto y 12% de estas iniciaron la extracción mamaria en las primeras 6 a 8 horas[9]. Esos datos, comparados con los del presente estudio, muestran que el tiempo de inicio de la práctica de la extracción es todavía un desafío para la institución investigada, ya que la mayoría (52,9%) de las madres realizó la práctica de la extracción después de 72 horas del nacimiento. La rutina de la institución investigada - en el momento de la recolección de datos - no estipulaba el tiempo para el inicio de la extracción; siendo que la meta era siempre iniciar la retirada de la leche lo más precozmente posible; así todos los profesionales de la salud de la institución deberían orientar y apoyar la extracción mamaria.

El cuarto paso de la IHAN-Neo se refiere al contacto piel con piel (madre bebé) de forma precoz, de manera continua y prolongada. El Método Canguro hace parte de una política pública de salud adoptada por el Ministerio de la Salud brasileño, para fortalecer el papel de la familia en el cuidado con el RNPT, además se propone estimular el contacto piel con piel de forma precoz. Cabe destacar que ese contacto, piel con piel, en el momento del nacimiento puede ser iniciado a través del toque y evolucionar para la posición canguro, cuando el RNPT obtiene la estabilidad clínica. De ese modo, el contacto piel con piel en el tórax/abdomen, materno puede ocurrir en el momento del nacimiento o durante la internación, en la unidad neonatal, por medio de la posición canguro[10].

La posición canguro es eficaz, debido a beneficios producidos en el aumento de las tasas de amamantamiento exclusiva o casi exclusiva[11]. En la muestra estudiada, 17,6% de las madres y 58,8% de los padres no realizaron la posición canguro, durante la internación. La mayoría de las madres y padres que tuvieron la oportunidad de hacerlo, no lo realizaron de forma precoz, ya que la media de tiempo de realización del primer contacto, piel con piel, a través de la posición canguro, de las madres que recordaban

la información fue de 10,4 ( $\pm$  6,9) días. De acuerdo con la rutina de la institución, la posición canguro puede ser realizada inmediatamente después que el RNPT alcanza la estabilidad clínica, sea en la ocasión del nacimiento o durante la internación en la UTIN.

En relación a la práctica de la posición canguro en el domicilio, un estudio transversal - realizado con 43 madres de RNPTs, atendidos en la Unidad de Cuidado Intermediario Neonatal Canguro, en un hospital universitario de referencia, en la Región Noreste de Brasil - mostró que después de 15 días del alta hospitalaria, la mayoría (90,7%) de las madres todavía usaban la posición canguro y que su duración en 48,7% de las madres fue cerca de 2 a 5 horas por día. Sin embargo, apenas 39,5% de las madres recibieron la visita domiciliar de seguimiento, lo que muestra fragilidad, para la mayoría de las madres atendidas[12], en el cumplimiento de la tercera etapa del Método Canguro, en la atención básica y en el décimo paso de la IHAN-Neo.

En la institución de salud, en la cual se realizó al presente estudio, después del alta hospitalaria, los recién nacidos prematuros eran encaminados para seguimiento directamente para las unidades básicas de salud o

para el ambulatorio de follow up de la institución que realiza el cuidado canguro compartido con la atención básica.

En cuanto al apoyo al amamantamiento, después del alta hospitalaria, la estrategia que está destacada en el paso 10 de la IHAN-Neo, es que la maternidad debe asegurar el mantenimiento de la lactancia materna por medio del acceso a grupos de apoyo. Algunos investigadores mostraron que las madres de recién nacidos prematuros tardíos - que recibieron apoyo en la práctica de la lactancia materna, durante la internación y que tuvieron acceso a informaciones sobre grupos de soporte al amamantamiento - fueron más propensas a amamantar sus bebés durante los primeros 10 días después del nacimiento[13].

La participación en grupos de apoyo al amamantamiento, con recepción de materiales educativos, debe ocurrir desde el prenatal, continuando durante la internación del RNPT, hasta el alta hospitalaria. Infortunadamente, los resultados de este estudio evidenciaron que esas estrategias, de apoyo al amamantamiento materno, no fueron ofrecidas de forma igualitaria para toda la muestra estudiada.

Es necesario destacar que todos los profesionales de la salud, que prestan asistencia a las madres de RNPTs, deben adquirir conocimientos y competencias necesarias para el manejo de la lactancia materna y de las particularidades de amamantar a un prematuro. Sin embargo, autores de un estudio de revisión integradora concluyeron que los profesionales de la salud, independientemente del área de actuación, necesitan ser mejor capacitados para trabajar con amamantamiento materno, ya que la mayoría de los estudios utilizados en la revisión, mostró que los profesionales de salud poseían el dominio teórico en relación al amamantamiento, pero no el dominio práctico[14].

El estudio presentó como limitación el número reducido de participantes, limitando los resultados encontrados, apenas para la muestra en cuestión; y también la pérdida de dos participantes que no se presentaron a la consulta programada en el ambulatorio de follow-up. Se destaca que los datos sobre el tiempo de inicio y duración del contacto piel con piel tanto en la sala de parto como durante la internación, fueron obtenidos por medio de entrevista con las madres, ya que no fueron encontrados esos datos en los registros de las fichas médicas, de la unidad investigada.

## CONCLUSIÓN

---

Los resultados demuestran que las estrategias de apoyo para el inicio y el mantenimiento del amamantamiento materno; así como para: la acogida de los padres en la UTIN; la extracción mamaria; el contacto piel con piel; la recepción de orientaciones y materiales educativos sobre amamantamiento materno; y, la participación en grupos de apoyo, están presentes en el ámbito hospitalario y domiciliario; sin embargo, necesitan ser consolidados y ofrecidos a todas las madres de RNPTs, internadas en la unidad de terapia intensiva neonatal.

Durante la internación hospitalaria, las estrategias de apoyo ofrecidas por la institución investigada, bajo la perspectiva de las madres, hacen parte de lo que es preconizado por la IHAN-Neo. Entre tanto, algunas estrategias deben ser fortalecidas, tales como las que se refieren: al tiempo de inicio de la extracción mamaria, la que todavía se mantiene tardía; al tiempo de inicio del contacto piel con piel, en el tórax materno, en el momento del nacimiento; y, a la realización de la posición canguro, durante la internación y su continuación en el domicilio. Se recomienda la implementación de la terapia del ca-

lostro, como rutina en la unidad investigada, para que, de esa forma, los profesionales de la salud puedan estimular a la madre a realizar la extracción de la leche de la mama, de forma precoz. Se destaca que esa práctica también ayuda a promover el contacto piel con piel, debido a la mayor aproximación de la madre con el RNPT.

En relación al mantenimiento de la lactancia materna en el domicilio, cabe destacar que después del alta hospitalaria, hubo una disminución de madres que se sintieron apoyadas en relación al amamantamiento materno. Ese resultado demuestra fragilidad en el cumplimiento del paso 10 de la IHAN-Neo y para enfrentar los desafíos para el mantenimiento de la lactancia materna, después del alta hospitalaria hasta los 6 meses, como es preconizado. Por tanto, es necesario el fortalecimiento de la articulación del cuidado hospitalario con el cuidado de la atención básica, por medio del canguro compartido, favoreciendo, así, la creación de grupos de apoyo multiprofesional.

**Apoyo financiero:** Agradecemos el auxilio de la agencia de fomento de Coordinación de Perfeccionamiento de la Enseñanza Superior (CAPES). Beca de Maestría Académica - octubre 2014 a diciembre 2015.

## REFERENCIAS

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan; 387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
2. Niela-Vilén H, Axelin A, Melender HL, Salantera S. Aiming to be a breastfeeding mother in a neonatal intensive care unit and at home: a thematic analysis of peer support group discussion in social media. *Matern Child Nutr*. 2015 Oct;11(4):712-26. doi: 10.1111/mcn.
3. Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Haggkvist AP, Hannula L, Ezeonodo A, et al. Neo-BFHI: The baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Core document with recommended standards and criteria. Nordic and Quebec Working Group [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 27]. Available from: [http://epilegothilasma.gr/wp-content/uploads/2017/04/Neo\\_BFHI\\_Core\\_document\\_2015\\_Edition.pdf](http://epilegothilasma.gr/wp-content/uploads/2017/04/Neo_BFHI_Core_document_2015_Edition.pdf)
4. Lemes EF, Silva THMM, Correr AMA, Almeida EOC, Luchesi KF. Oral and non-oral sensorimotor stimulation in preterm infants: bibliographic review. *Rev CEFAC*. 2015 June; 17(3):945-55. doi: 10.1590/1982-021620159414
5. Ikonen R, Paavilainen E, Kaunonen M. Preterm infants' mothers' experiences with milk expression and breastfeeding: an integrative review. *Adv Neonatal Care*. 2015 Dec;15(6):394-406. doi: 10.1097/ANC.000000000000232.
6. Pereira LB, Abrão ACFV, Ohara CVS, Ribeiro CA. Maternal experiences with specificities of prematurity that hinder breastfeeding. *Texto Contexto Enferm*. 2015 Mar;24(1):55-63. doi:10.1590/0104-07072015000540014
7. Rossman B, Greene MM, Meier PP. The role of peer support in the development of maternal identity for "NICU Moms". *J Obstet Gynecol Neonatal Nurse*. 2015Jan-Feb;44(1):3-16. doi: 10.1111/1552-6909.12527
8. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016Sept;9(CD006170):1-126. doi: 10.1002/14651858.CD006170.pub5
9. Gianni ML, Bezze EN, Sannino P, Baro M, Roggero P, Muscolo S, et al. Maternal views on facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants. *BMC Pediatr*. 2018 Dec;18(1):283. doi: 10.1186/s12887-018-1260-2
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: método canguru, diretrizes do cuidado [Internet]. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 jun. 17]. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/metodo-canguru-diretrizes-do-cuidado>
11. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello J.L. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug;8(CD002771):1-137. doi: 10.1002/14651858.CD002771.pub4.
12. Feitosa MR, Gubert FA, Tomé MABG, Pinheiro MTM, Neves CS, Benevides JL, et al. Primary health care follow-up visits: investigation of care continuity of preterm newborns from a kangaroo-mother care unit. *Int Arch Med*. 2017 Feb;10(32):1-9. doi: 10.3823/2302

13. Rayfield S, Oakley L, Quigley MA. Association between breastfeeding support and breastfeeding rates in the UK: a comparison of late preterm and term infants. *BMJ Open*. 2015 Nov;5(11):e009144. doi:10.1136/bmjopen-2015-009144
14. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Rev Paul Pediatr*. 2015 July-Sept;33(3):355-62. doi:10.1016/j.rpped.2014.10.002