

Editorial

» Cerrando la brecha: Apoyando la lactancia materna en todas las situaciones

Artículo original

» Evaluación de conocimientos sobre algunos cuidados esenciales del recién nacido en puérperas primerizas

Artículo de Revisión

» Principales emolientes naturales para mejorar la integridad de la piel en el neonato

Artículos de Actualización

» Abordaje nutricional en el recién nacido prematuro con displasia broncopulmonar

» El abordaje desde la salud mental en la atención integral del embarazo y en el período posparto

» Importancia de enfermería en la organización mental de la madre en el nacimiento y asistencia del recién nacido prematuro

Comentarios de artículos

» Ser padre de un niño prematuro: investigación contemporánea y recomendaciones para el personal de UCIN

» La música afecta la maduración microestructural cortical cerebral en bebés muy prematuros: un estudio de imágenes por resonancia magnética de difusión longitudinal



AUTORIDADES

Editora Responsable

Mg. Guillermina Chattás
Universidad Austral, Argentina

Editora Asociada

Mg. Rose Mari Soria
Área de Enfermería, FUNDASAMIN, CABA, Argentina

Comité Ejecutivo

Lic. Cristina Malerba
Comisión Asesora de Lactancia Materna,
Ministerio de Salud de la Nación, Argentina

Esp. María Luisa Videla Balaguer
Sanatorio Tandil, Buenos Aires, Argentina

Comité Editorial

Esp. Aldana Ávila
Dirección de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud de la Nación
y Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Mg. Marcela Arimany
Dirección de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud de la Nación
y Sanatorio Otamendi, CABA, Argentina

Esp. Paulo Arnaudo
Hospital Madre Catalina Rodríguez, Merlo, San Luis, Argentina

Mg. Mónica Barresi
Sanatorio Finochietto y Universidad Austral, CABA, Argentina

Dra. en Enf. Bibiana China Jiméñez
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España y
Universidad Complutense de Madrid, España

Mg. Miriam Faunes
Escuela de Enfermería Pontificia Universidad
Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile

Esp. Claudia Green
Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

Esp. Zandra Patricia Grosso Gómez
Fundación Canguro, Bogotá, Colombia

Esp. Nuria Herranz Rubia
Hospital U. Sant Joan de Déu, Barcelona, España

Dr. en Enf. Luis Alexander Lovera Montilla
Universidad de Valle, Cali, Colombia

Esp. Guillermina Lasala
Servicio de Neonatología, CEMIC, CABA, Argentina

Esp. Lucila Scotto
Hospital Juan P. Garrahan, CABA, Argentina

Esp. María Inés Olmedo
Sanatorio Anchorena, CABA, Argentina

Lic. Carmen Vargas
Sanatorio de la Trinidad San Isidro, Buenos Aires, Argentina

Mg. Sabrina Vidable
Universidad Nacional de José C. Paz, Buenos Aires, Argentina

Comité Asesor

Dra. Norma Rossato
Coordinadora de proyectos, FUNDASAMIN

Dra. María Elina Serra
Coordinadora de proyectos, FUNDASAMIN
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, CABA, Argentina

Traducción al portugués

Esp. María Inés Olmedo

Asistente técnica

Adriana Varela



Consejo de Administración
Director

Dr. Luis Prudent

Coordinadora del Área de Enfermería

Mg. Rose Mari Soria

La Revista **Enfermería Neonatal** es propiedad de **FUNDASAMIN**
Fundación para la Salud Materno Infantil

Tacuarí 352 • CP 1071 • CABA, Argentina • Teléfono: +(54911) 39390376
Dirección electrónica de la revista: revistadeenfermeria@fundasamin.org.ar
Publicación sin valor comercial. Registro de la Propiedad Intelectual: 01142945.

Los contenidos vertidos en los artículos son responsabilidad de los autores.

Los puntos de vista expresados no necesariamente representan
la opinión de la Dirección y Comité Editorial de esta revista.

Se autoriza la reproducción de los contenidos a condición de citar la fuente.

» ÍNDICE

Editorial

» Cerrando la brecha: Apoyando la lactancia
materna en todas las situaciones
Esp. María Luisa Videla Balaguer 4

Artículo original

» Evaluación de conocimientos sobre algunos cuidados
esenciales del recién nacido en púerperas primerizas
Lic. Yethzy Zuleidy Duarte Maldonado,
Lic. Julieta Michelle Rivas Luna, Lic. Cristian
Rodrigo Santos Juárez, Lic. Michel Fabiola
Vázquez Bravo, Mg. Ana Sofía Romo Báez,
Mg. María del Rosario Díaz Díaz, Dra. Verónica
Gallegos García, Mg. Omar Medina de la Cruz 7

Artículo de Revisión

» Principales emolientes naturales para
mejorar la integridad de la piel en el neonato
Mg. Eloísa Beatriz del Socorro Puch Kú, Lic. José
Andrés Gil Contreras, Lic. Noé Abraham Cortez
Martín, Lic. Diana Isabel Naal Ek, Lic. Gladys
Jazmín Velázquez Poot 22

Artículos de Actualización

» Abordaje nutricional en el recién nacido
prematuro con displasia broncopulmonar
Mg. Jessica Diaz 34

» El abordaje desde la salud mental en la atención
integral del embarazo y en el período posparto
Esp. Kelly Turcatti 45

» Importancia de enfermería en la organización
mental de la madre en el nacimiento y
asistencia del recién nacido prematuro
Dra. Gabriela Pose 60

Comentarios de artículos

» Ser padre de un niño prematuro: investigación
contemporánea y recomendaciones para el
personal de UCIN
Dr. Ramón Larcade 69

» La música afecta la maduración microestructural
cortical cerebral en bebés muy prematuros:
un estudio de imágenes por resonancia magnética
de difusión longitudinal
Mt. Alejandra Giacobone, Lic. Mt. Gabriel Solarz Di Cola,
Lic. Marina Varela Olid..... 73



Esta obra está bajo una Licencia Creative
Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

Editorial

CERRANDO LA BRECHA: APOYANDO LA LACTANCIA MATERNA EN TODAS LAS SITUACIONES

Closing the gap: Supporting breastfeeding in all situations

Colmatar a lacuna: Apoiar a amamentação em todas as situações

Estimados lectores:

La Semana Mundial de la Lactancia Materna (SMLM) se celebra en casi todo el mundo entre el 1 y el 7 de agosto de cada año, conmemorando la Declaración de Innocenti, acuerdo internacional logrado en Italia **en favor de la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna.**

Este año 2024, el lema propuesto por la *World Alliance for Breastfeeding Action* (WABA) es "**Cerrando la brecha: Apoyando la lactancia materna en todas las situaciones**".

Desde el punto de vista de las políticas públicas en materia de equidad, una brecha puede describirse como aquellas asimetrías o desigualdades surgidas de los procesos o situaciones que causan exclusión e inequidad, y afectan a determinados grupos sociales.

Los objetivos para esta semana son informar sobre las desigualdades existentes en el apoyo a la lactancia materna y consolidar la lactancia materna como factor igualitario para cerrar brechas en la sociedad.

El lema de este año está en estrecha relación con el segundo Objetivo del Desarrollo Sostenible 2030, "Hambre cero y seguridad alimentaria".¹ Ambos sostienen la importancia de involucrar líderes y organizaciones que trabajen sobre los primeros 1000 días de vida, para influir directamente en el descenso de la desnutrición infantil y en la mortalidad en menores de 5 años. Principalmente en situaciones de emergencia como la guerra o la pobreza donde cerrar la brecha salva vidas.

La lactancia materna posee beneficios ampliamente conocidos para la madre y el recién nacido, que impactan directamente en su salud a corto, mediano y largo plazo. Pero también sabemos con exactitud los beneficios que presenta para toda la sociedad, con implicancias directas en la salud pública, la educación, la economía, el medio ambiente y hasta en el ámbito psicosocial en el que continuamente interactuamos como comunidad.

Pero hoy, a pesar de conocerlos, la población mundial continua en riesgo. El promedio mundial de lactancia exclusiva (LE) a los 6 meses es de un 48 %, siendo de un 43 % en América Latina y el Caribe. Es decir que menos de la mitad de los recién nacidos reciben LE en sus primeros meses de vida.

Mundialmente un 65 % de los niños de 12 a 23 meses reciben lactancia materna, pero en nuestra región desciende a un 48 % las madres que logran amamantar según las recomendaciones vigentes.

En el territorio argentino, según los datos presentados por la Encuesta Nacional de Lactancia (ENaLac) en el 2022, el 44,7 % de los niños de 6 meses reciben LE, produciéndose un aumento de solo el 3 % con respecto al 2017. La brecha se evidencia en las tasas de lactancia de las distintas provincias, entre un 30,4 % y un 65,8 % de LE de 0 a 6 meses.³ Estos datos alarman y espero que nos hagan tomar conciencia de la necesidad de un rol activo, dirigido y perseverante en nuestros ámbitos cotidianos.

Para disminuir la brecha, la WABA menciona cuatro puntos de acción:¹

1. Necesidad de apoyo a la lactancia materna durante la primera semana crítica.
2. Pleno cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
3. Realización de esfuerzos para garantizar la lactancia materna en los grupos más vulnerables.
4. Inversión en lactancia materna para abordar desigualdades.

Como colectivo profesional, dedicado a la perinatología y a la neonatología, tenemos un rol invaluable, directamente relacionado con al menos los tres primeros puntos mencionados.

La internación conjunta es una oportunidad única para educar en el fomento de la lactancia materna y disminuir la brecha en la primera semana crítica. La capacitación prenatal de los progenitores, el parto natural, el contacto piel a piel inmediato y continuo, el inicio de la lactancia en la primera hora de vida, la internación conjunta de la diada, el seguimiento de la lactancia durante la internación y la información oportuna a cada familia son algunas de las estrategias sugeridas para favorecer la lactancia materna.

En la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), la lactancia materna puede verse amenazada y ser un factor para aumentar la brecha entre recién nacidos sanos y recién nacidos que requieren atención especializada. Las tasas de lactancia exclusiva al alta en las UCIN rondan a nivel mundial entre el 20 y el 68 %. Para mejorar las tasas es indispensable disponer de políticas y prácticas institucionales que favorezcan la lactancia, el acceso irrestricto de los padres las 24 horas del día, espacio físico para favorecer la permanencia y sistemas de apoyo emocional a la familia.

La evidencia nos ha dado a conocer acciones concretas que mejoran los resultados en esta población vulnerable como la extracción de calostro antes de las 6 horas de vida, el contacto piel con piel temprano y continuo, la succión no nutritiva durante la alimentación por sonda gástrica, la estimulación sensorio-motora oral, limitar el uso de chupete o pezoneras a los momentos precisos con reevaluación periódica, el cuidado oral con leche materna hasta la alimentación oral y la transición de la sonda al pecho guiada por el lactante.^{4,5}

Dentro de la educación de las madres que tienen a sus hijos en la UCIN, se encuentran la sugerencia de 8 extracciones al día, al menos una nocturna, el uso de sacaleches, preferencialmente eléctricos después del tercer día de vida y estimular la extracción doble después de los 7 días de vida. Continuar con contacto piel con piel la mayor parte del tiempo posible y en lo posible lograr la obtención de 500 ml/diarios de leche materna a los 14 días de internación.⁴⁻⁶

Todas estas intervenciones dentro de la UCIN como aquellas de seguimiento y sostén de la lactancia una vez dada el alta son cruciales para mejorar las tasas de LE de esta población que presenta numerosos desafíos para alcanzar la alimentación adecuada.

Que esta SMLM 2024 nos convoque a reflexionar qué intervenciones reforzar, incorporar o quizás también, cuáles debemos desterrar para que nuestro accionar sea concordante a la evidencia científica actual y a los objetivos planteados.

Como miembros inmersos en una comunidad, los invito a que demos a conocer a través de los diferentes medios de comunicación la necesidad de acortar la brecha. Si trabajamos cada uno en favor de la lactancia materna, habrá una mejora en la salud materno infantil y el futuro de la población mundial.

Un saludo afectuoso,



WABA | SEMANA MUNDIAL DE LACTANCIA MATERNA 2024

Esp. Ma. Luisa Videla Balaguer
Comité Ejecutivo
Revista Enfermería Neonatal



REFERENCIAS

1. World Alliance for Breastfeeding Action [Internet]. World Breastfeeding Week 2024. Closing the Gap Breastfeeding Support for All. WABA, 2024. [Consulta: 28 de junio de 2024]. Disponible en: <https://worldbreastfeedingweek.org/>
2. Unicef. Sólo 4 de cada 10 bebés menores de 6 meses son exclusivamente amamantados en América Latina y el Caribe Agosto. [Internet] Unicef, 2023. [Consulta: 28 junio de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/solo-4-cada-10-bebes-menores-6-meses-exclusivamente-amamantados-america-latina-caribe-semana-lactancia-materna>
3. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Situación de la Lactancia en Argentina. Encuesta Nacional de Lactancia, (ENaLac) 2022. Argentina, 2023.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. Iniciativa Hospital Amigo del Niño para recién nacidos pequeños, enfermos y prematuros. Washington, DC. [Internet] OPS; 2023. [Consulta: 29 de junio de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327050>.
5. Mekonnen AG, Yehualashet S, Bayleyegn AD. The effects of kangaroo mother care on the time to breastfeeding initiation among preterm and LBW infants: a meta-analysis of published studies. *Int Breastfeed J*. 2019;14:12.
6. Tomlinson C, Haiek LN. Breastfeeding and human milk in the NICU: From birth to discharge. *Paediatr Child Health*. 2023;28(8):510-526.

Artículo original

Evaluación de conocimientos sobre algunos cuidados esenciales del recién nacido en puérperas primerizas

Evaluation of knowledge about some essential care of the newborn in first-time puerperal women
Avaliação do conhecimento sobre alguns cuidados essenciais ao recém-nascido em puérperas primíparas

Lic. Yethzy Zuleidy Duarte Maldonado¹, Lic. Julieta Michelle Rivas Luna²,
Lic. Cristian Rodrigo Santos Juárez³, Lic. Michel Fabiola Vázquez Bravo⁴,
Mg. Ana Sofía Romo Báez⁵, Mg. María del Rosario Díaz Díaz⁶,
Dra. Verónica Gallegos García⁷, Mg. Omar Medina de la Cruz⁸

RESUMEN

Introducción: Los cuidados esenciales que se brindan al recién nacido favorecen la adaptación a la vida extrauterina. El déficit en el conocimiento de estos, por parte de las madres primerizas puede provocar complicaciones en el estado de salud del neonato.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento sobre algunos cuidados esenciales del recién nacido que tienen las puérperas primerizas en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa".

Población y métodos: Estudio cuantitativo y transversal en el servicio de alojamiento conjunto. Se aplicó el instrumento validado "Conocimiento de las madres acerca del cuidado del neonato" y se clasificó este en bajo, medio y alto. Se utilizó el programa SPSS V.21 para la estadística descriptiva.

Resultados: El 73,8 % de las pacientes tenían una edad entre los 18 y 29 años, el 73,8 % eran amas de casa, el 66,2 % vivían en unión libre y el 75,4 % tenían un nivel de conocimiento medio sobre los cuidados esenciales que requiere un recién nacido.

1. Lic. en Enfermería, Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0006-1908-7013.
2. Lic. en Enfermería, Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0001-1076-0930.
3. Lic. en Enfermería, Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0004-3760-1712.
4. Lic. en Enfermería, Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0002-5148-9582.
5. Maestría en Salud Pública, Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0008-0656-9616.
6. Maestría en Administración en Enfermería, Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa. Servicios de Salud de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0008-6218-3531.
7. Dra. en Biología Molecular, Facultad de Enfermería y Nutrición, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0000-0002-6218-4760.
8. Maestría en Ciencias, Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Departamento de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Servicios de Salud de San Luis Potosí. Hospital General de Zona No.50. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Luis Potosí, México. ORCID: 0000-0002-0239-7721.

Correspondencia: omar.medina@uaslp.mx

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 22 de diciembre de 2023.

Aceptado: 27 de junio de 2024.



Conclusiones: Con base en los hallazgos de este estudio recomendamos fortalecer la educación que se brinda a madres, padres y cuidadores sobre los cuidados esenciales del recién nacido, especialmente en aquellos cuidados que son áreas de oportunidad para mejorar.

Palabras clave: *periodo postparto; recién nacido; enfermería neonatal; conocimiento, actitudes y práctica en salud.*

ABSTRACT

Introduction: The essential care provided to the newborn, favors adaptation to extrauterine life. Lack of knowledge of this by first-time mothers can cause complications in the health status of the newborn.

Objective: To evaluate the level of knowledge about some essential newborn care that first-time puerperal women have at the “Dr. Alberto López Hermosa”.

Population and methods: Quantitative and cross-sectional study in the rooming-in service. The validated instrument “Knowledge of mothers about newborn care” was applied and this was classified as low, medium and high. The SPSS V.21 program was used where descriptive statistics were performed.

Results: 73.8% of the patients were between 18 and 29 years old, 73.8% were housewives, 66.2% lived in a common law union and 75.4% had a medium level of knowledge about the essential care that a newborn requires.

Conclusions: Based on the findings of this study, we recommend strengthening the education provided to mothers, fathers, and caregivers about essential newborn care, especially in those care that are areas of opportunity for improvement.

Keywords: *postpartum period; infant, newborn; neonatal nursing; health knowledge, attitudes, practice.*

RESUMO

Introdução: Os cuidados essenciais prestados ao recém-nascido favorecem a adaptação à vida extrauterina. O desconhecimento destes por parte das primíparas pode ocasionar complicações no estado de saúde do recém-nascido. Objetivo: Avaliar o nível de conhecimento sobre alguns cuidados essenciais ao recém-nascido que as puérperas primíparas possuem no Hospital “Dr. Alberto López Hermosa”.

População e métodos: Estudo quantitativo e transversal no serviço de alojamento conjunto. Foi aplicado o instrumento validado “Conhecimento das mães sobre os cuidados com o recém-nascido” e este foi classificado em baixo, médio e alto. O programa SPSS V.21 foi utilizado para estatísticas descritivas.

Resultados: 73,8 % dos pacientes tinham entre 18 e 29 anos, 73,8 % eram donas de casa, 66,2 % viviam em união estável e 75,4 % tinham nível médio de conhecimento sobre os cuidados essenciais que um recém-nascido necessita.

Conclusões: Com base nos resultados deste estudo, recomendamos fortalecer a educação prestada às mães, pais e cuidadores sobre os cuidados essenciais ao recém-nascido, principalmente naqueles cuidados que são áreas de oportunidade de melhoria.

Palavras chave: *período pós-parto; recém-nascido; enfermagem neonatal; conhecimentos, atitudes e prática em saúde*

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n45.01>

Cómo citar: Duarte Maldonado YZ, Rivas Luna JM, Santos Juárez CR, Vázquez Bravo MF, et al. Evaluación de conocimientos sobre algunos cuidados esenciales del recién nacido en puérperas primerizas. *Rev Enferm Neonatal.* Agosto 2024;45:7-21.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial casi tres millones de niñas y niños mueren durante el periodo neonatal.¹ Se considera que los primeros 28 días son la etapa más vulnerable de la vida; particularmente los momentos más críticos son el primer día, la primer semana y el primer mes.²

De allí la importancia de los cuidados esenciales que reciban los recién nacidos sanos. Estos cuidados son un conjunto de intervenciones para mejorar la salud de esta población a través de la atención desde el parto hasta los 28 días con la finalidad de asegurar y aumentar la sobrevivencia.³

Se han realizado diferentes estrategias con el objetivo de disminuir la morbilidad neonatal, como la implementada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de la campaña “28 días, tiempo para cuidar y amar”. Esta iniciativa tiene por objetivo sensibilizar sobre el cuidado a los recién nacidos, y la importancia de brindar información de interés basada en la evidencia para los profesionales de la salud, además de incrementar el conocimiento, las habilidades y autoconfianza en las madres, familias y cuidadores de niñas y niños.⁴

Dentro de los cuidados esenciales en neonatos sanos se incluyen la orientación en alimentación con lactancia materna exclusiva, el control térmico, la higiene del cordón umbilical y la piel, la eliminación intestinal y vesical, el sueño y el afecto (Tabla 1), por mencionar algunos.⁵ Los cuidados del recién nacido están fuertemente influenciados por las prácticas de atención domiciliaria que realizan las madres y los servicios de atención materna y neonatal en las unidades de salud.⁶

La lactancia materna debe ser a libre demanda y se debe enseñar y vigilar la técnica que realiza la madre. En la posición clásica de lactancia, la madre debe estar sentada, con acercamiento correcto del recién nacido, buen acople boca-pezones y la posición de la mano de la

madre en forma de la letra C. Las madres deben identificar algunos signos de alarma cuando no hay una adecuada técnica de lactancia materna, como succión débil, vómito y debilidad muscular.¹⁶

La medición de la temperatura y la termorregulación son componentes centrales en los cuidados del recién nacido, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). La hipotermia, considerada como la temperatura <36,5 °C, se considera un factor que contribuye a la morbilidad y mortalidad neonatal en países de ingresos medios y bajos. Se puede prevenir en la mayoría de los neonatos, ya que no es una complicación sino el resultado de una atención térmica inadecuada.^{17,18}

Tabla 1. Cuidados esenciales que requieren los neonatos sanos

Cuidado	Descripción
Alimentación	La lactancia materna (calostro) debe iniciarse dentro de la primera hora posterior al nacimiento. Es el alimento de elección por naturaleza, no se debe dar ningún otro alimento ni agua. La leche materna contiene los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo. ⁷
Control térmico	La OMS publicó pautas técnicas para reducir la probabilidad de hipotermia entre las que destacan: sala de parto con temperatura adecuada, secado inmediato, contacto piel a piel con la madre en la primera hora de vida, lactancia materna, posponer el primer baño después de las primeras 24 horas, ropa de cama adecuada, evitar las corrientes de aire en el ambiente, transporte caliente, reanimación tibia y capacitación adecuada. ⁸
Higiene	El cordón umbilical de los neonatos debe mantenerse limpio y seco. La OMS recomienda la clorhexidina para los cuidados que se realizan en el domicilio especialmente en zonas con alta mortalidad neonatal. Para protección del recién nacido se deja el vérnix; no se debe frotar ya que protege la piel y favorece la colonización normal de la microbiota en este tejido. ⁹ El baño debe durar entre 5 a 10 minutos y este no debe exceder las dos a tres veces por semana. ¹⁰
Eliminación	El meconio es la primera deposición de un neonato, de consistencia viscosa y pegajosa, suele ser de color verde oscuro e inodoro. Desaparece después de los primeros días del nacimiento y las heces van cambiando a color amarillo. ¹¹ La mayoría de los recién nacidos realizan su primera micción después del nacimiento y esto es un indicador de función renal. ¹²
Sueño	El sueño es esencial para el crecimiento y maduración del cerebro en neonatos. El tiempo promedio que un recién nacido sano a término pasa durmiendo durante la primera semana es de 14 a 16 horas, con intervalos de 2 a 3 horas. ¹³ La Academia Americana de Pediatría recomienda que la posición supina o boca arriba es la forma más segura en que deben dormir los recién nacidos. ¹⁴
Afecto	El contacto afectuoso que incluye caricias ligeras y sostenimiento, es una característica única y esencial para el desarrollo cognitivo y socioemocional de un recién nacido. ¹⁵

Fuente: elaboración propia.

El cuidado del cordón umbilical es fundamental y las prácticas inadecuadas se relacionan con infecciones¹⁹ por el ingreso de microorganismos patógenos a través del cordón. Esta probabilidad es alta, en países de ingresos medios y bajos.²⁰ El cuidado de la piel es una actividad básica cotidiana y se considera un elemento esencial del cuidado, ya que esta experimenta cambios significativos durante la transición del ambiente acuático en el útero a uno aeróbico extrauterino. Cumple funciones importantes como la termorregulación, la homeostasis de agua y electrolitos, la protección de traumatismos, así como de toxinas ambientales e infecciones.²¹

Al momento de tener contacto con los recién nacidos es importante que se realice el lavado de manos y después del nacimiento se recomienda limpiar la sangre y el meconio de manera suave.²² El riesgo de sufrir

dermatitis del pañal en la zona perianal es muy alto, por eso, esta área debe mantenerse seca, limpia y el cambio de pañal debe realizarse todas las veces que sea necesario. Si se utilizan toallitas, estas deben ser libres de irritantes como el alcohol, con un pH entre ácido y neutro.²³

El patrón de eliminación es uno de los que requiere de cuidado y vigilancia, ya que el meconio se compone de materiales que el recién nacido ingirió durante la vida intrauterina, cuya composición son células epiteliales intestinales, lanugo, moco, líquido amniótico, bilis y agua.¹¹ La falta de eliminación es un signo temprano de obstrucción intestinal o de alguna anomalía anatómica.²⁴

La primera micción de orina después de las primeras 24 horas de vida es un signo de alarma importante e indica la necesidad de que se realicen más estudios. La formación de la orina depende del volumen total del agua corporal, volumen sanguíneo y perfusión renal.¹¹ Las infecciones del tracto urinario de los recién nacidos son muy comunes, especialmente en los primeros tres días de vida. Alrededor del 70 % al 90 % de todos los casos suceden en recién nacidos prematuros masculinos y en aquellos que no tienen circuncisión.¹²

El sueño es una función necesaria en la vida, se ha observado que cuando este es insuficiente, en la población pediátrica, se asocia con aumento en la adiposidad, una mala regulación emocional y una disminución del rendimiento.²⁵ El desarrollo y duración de los ciclos sueño-vigilia están influenciados por el sexo, lesiones neurológicas, epilepsia y prematuridad.^{13,26}

El déficit de conocimientos en las madres sobre los cuidados esenciales que requiere el recién nacido puede provocar una mala práctica que perjudique la salud del neonato, lo que puede propiciar complicaciones en su crecimiento y desarrollo.¹ Por todo lo dicho anteriormente, el objetivo de este trabajo fue evaluar el nivel de conocimiento sobre algunos cuidados esenciales del recién nacido que tienen las puérperas primerizas en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en el servicio de alojamiento conjunto en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, un hospital de segundo nivel de atención que se ubica en la ciudad de San Luis Potosí, México. El estudio se realizó en el periodo de abril a junio de 2023. De acuerdo con la información de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) durante los meses de

Tabla 2: Características sociodemográficas de la población de estudio en el servicio de alojamiento conjunto del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”

Característica	Frecuencia (n = 65)	Porcentaje (100 %)
Escolaridad		
Primaria	3	4,6
Secundaria	27	41,5
Preparatoria	30	46,2
Carrera técnica	4	6,2
Licenciatura	1	1,5
Posgrado	0	0
Ocupación		
Estudiante	4	6,2
Empleada	9	13,8
Ama de casa	48	73,8
Negocio propio	2	3,1
Otro	2	3,1
Estado civil		
Unión libre	43	66,2
Soltera	13	20
Casada	9	13,8
Divorciada	0	0
Viuda	0	0

Fuente: elaboración propia.

abril a junio en este hospital se registraron 1132 nacimientos de los cuales 399 fueron de madres primerizas y 264 fueron por parto eutócico.

La población que participó en el estudio fueron púerperas primerizas que se encontraban en alojamiento conjunto. Para ingresar a este servicio uno de los criterios es haber tenido parto eutócico con recién nacido sano sin complicaciones. En este servicio las pacientes permanecen 24 horas antes de obtener el alta. El muestreo fue por cuota. Se invitó a participar a 85 pacientes y solamente 65 pacientes aceptaron. El cuestionario se aplicó en el periodo del puerperio inmediato.

Criterios de inclusión: 1) púerperas primerizas con recién nacidos sanos que se encontraban en el servicio de alojamiento conjunto, 2) mujeres que aceptaron participar en el estudio, 3) mujeres con residencia en el estado de San Luis Potosí, 4) mujeres con recién nacidos por parto eutócico.

Criterios de exclusión: 1) mujeres que no terminaron de contestar el cuestionario, 2) púerperas con recién nacido que tuvieron alguna complicación durante el parto.

Se utilizó el instrumento validado por 10 expertos en el área que lleva por nombre "Conocimiento de las madres acerca del cuidado del neonato" (*Anexo*). Cuenta con 25 ítems, cada ítem, tiene una respuesta correcta, que tiene un valor de 1 punto siendo la puntuación más alta 25 puntos en total. Se estableció el nivel de conocimientos de las madres primerizas como conocimiento bajo con puntaje igual o menor de 11, conocimiento medio con puntaje de 12 a 19, y conocimiento alto con puntaje de 20 a 25, según lo obtenido en el cuestionario.²⁷

Esta investigación se aprobó por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (CEIFE) con el código CEIFE-2023-438 y posteriormente por el Comité de Ética e Investigación del Hospital con el código HNM/04-2023/065.

A la población que decidió participar se le proporcionó y explicó el consentimiento informado. Para aquellas que fueron menores de edad se les proporcionó el asentimiento informado. Posteriormente se les entregó el instrumento para evaluar el nivel de conocimiento. Una vez obtenida la información, se capturó en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) V.²¹ donde se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

En esta investigación participaron 65 pacientes de las cuales el 23,1 % (n = 15) tenían menos de 18 años, el 73,8 % (n = 48) de 18 a 29 años y tan solo el 3,1 % (n = 2) de 30 a 39 años. En la *Tabla 2* se muestran las características sociodemográficas de las participantes.

Al analizar las preguntas sobre el conocimiento que tienen las mujeres púerperas primerizas sobre los cuidados del recién nacido y clasificar el nivel de conocimiento de acuerdo con las respuestas obtenidas, se obtuvo que el 7,7 % (n = 5) de las madres tuvieron un nivel bajo, un 75,4 % (n = 49) un nivel medio y un 16,9 % (n = 11) un nivel alto.

Alimentación

Sobre la alimentación del neonato el 96,9 % (n = 63) consideraban que la alimentación adecuada es la leche materna. El 87,7 % (n = 57) consideraban que es importante alimentar al neonato con leche materna porque contiene los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo. El 60,0 % (n = 39) conocían que la frecuencia para alimentar al neonato es a libre demanda. El 95,4 % (n = 62) consideraban que la posición más adecuada para lactar a su hijo es cuando la madre se encuentra sentada, posición correcta del neonato, con acople boca-pezones y posición de la mano de la madre en forma de "C".

Control térmico

El 50,8 % (n = 33) de las púerperas conocían que si el neonato está expuesto a corrientes de aire puede perder temperatura. El 40,0 % (n = 26) dijeron que es importante proteger al neonato del frío o calor excesivos porque ellos no pueden regular su temperatura. El 32,3 % (n = 21) describieron que la temperatura normal de niñas y niños al nacer es de 35 °C a 36 °C. Sobre datos de alarma para llevar al neonato al médico, el 93,8 % (n = 61) mencionaron que cuando presente temperatura menor a 36,5 °C o mayor a 37,5 °C.

Higiene

El 72,3 % (n = 47) de las madres refirieron que la frecuencia del baño debe ser diaria, con agua tibia, champú y jabón neutro. El 44,6 % (n = 29) dijeron que el cordón umbilical se debe limpiar dos veces al día y cada vez que se ensucie con el pañal. El 69,2 % (n = 45) mencionaron que el cambio de pañal debe ser cada vez que esté mojado o haya hecho una deposición.

Eliminación

El 63,1 % (n = 41) mencionaron que la orina normal debe ser de color amarillo, sin olor; el 90,8 % (n = 59)

de las madres llevarían a sus hijos al hospital cuando este deje de orinar por más de 24 horas y la orina tenga sangre. El 55,4 % (n = 36) conocían que durante los primeros días de nacimiento las heces deben ser de color verde oscuro. El 87,7 % (n = 57) mencionaron que llevarían a sus hijos al hospital si este presenta deposiciones con moco o sangre.

Sueño y afecto

El 55,4 % (n = 36) de las madres conocían que en esta etapa de la vida es importante mostrarle afecto ya que este influye en el vínculo madre-hijo. Sobre las formas de expresar afecto al recién nacido el 66,2 % (n = 43) mencionaron que el acto de cuidarlos, caricias, masajes y hablarles son formas importantes. Sobre el tiempo máximo que debe dormir el neonato el 49,2 % (n = 32) refirieron que de 2 a 3 horas con intervalos por la lactancia materna. Sobre la manera más adecuada para dormir solamente el 10,8 % (n = 7) contestaron que es acostado boca arriba.

DISCUSIÓN

Los recién nacidos por la inmadurez de sus órganos y sistemas están expuestos a diferentes riesgos y enfermedades, por ello necesitan cuidados esenciales óptimos para su supervivencia. Por lo anterior, saber acerca del conocimiento que tienen las púerperas primerizas es de un valor importante en el desarrollo saludable del recién nacido.²⁸

En esta investigación el mayor porcentaje de las pacientes tenía entre los 18 a 29 años, con más del 73 %; esto coincide con el estudio realizado por Chugden et al. (2022) en 70 madres donde el mayor porcentaje de participantes se registró en el grupo de edad de 21 a 30 años con 71,4 %.²⁹

Por otro lado, en la investigación de Chugden et al. (2022) refieren que un 57,1 % de las participantes tenía como nivel de escolaridad la secundaria, difiriendo de los resultados encontrados en este estudio, ya que el mayor porcentaje, con 46,2 %, cuentan con preparatoria (media superior). Algunos estudios mencionan que el nivel de educación produce cambios positivos sobre el estado de salud de las personas; en este sentido, la educación de los padres es un determinante social primario de la salud y el desarrollo infantil.³⁰

Según un estudio realizado en Pakistán por Memón et al. (2019) mencionan que el 66 % de las mujeres eran amas de casa, concordando con lo obtenido en este estudio donde el 73,8 % de las madres se dedicaban a las labores del hogar.³¹ Esto es importante porque las madres y los recién nacidos tienen una necesidad

emocional y fisiológica de estar juntos desde el nacimiento y los días siguientes; esto garantiza una oportunidad ilimitada de contacto piel a piel, favorece la lactancia materna exclusiva y el tiempo que disfrutaron las amas de casa para brindar cuidados a los neonatos es mayor comparado con el tiempo de aquellas mujeres que tienen otra ocupación.³²

En esta investigación, el 96,9 % de las madres primerizas sabían que el mejor alimento para sus hijos es la lactancia materna; esto coincide con lo encontrado en el estudio de Chato-Rochina et al. (2021) en donde el 97,2 % de las embarazadas tenían conocimiento sobre lactancia materna y con el estudio de Meza-Torres y Agüero-López (2021) donde el 96,8 % de las púerperas del servicio de alojamiento conjunto conocían que lactar de manera exclusiva es el mejor alimento para el recién nacido. Esto toma una mayor relevancia ya que al momento de amamantar se proporciona nutrición, protección inmunológica, se regula el crecimiento, el desarrollo y el metabolismo del recién nacido.³³

Por lo anterior, la lactancia materna es importante y la OMS recomienda que esta sea exclusiva durante los primeros seis meses de vida y posteriormente complementaria hasta por lo menos los 2 años, de allí la importancia que los sistemas de atención de salud a la maternidad sigan los "Diez pasos para una lactancia materna exitosa" de la Iniciativa Hospital Amigo de la Niña y el Niño.³⁴ Otro de los beneficios de la lactancia materna, especialmente después del parto para las mujeres, es que aquellas que la practican tienen dos veces menos probabilidades de tener una hemorragia posparto que aquellas que no lo realizan.³⁵

Dentro de los cuidados esenciales del recién nacido el control térmico tiene un papel fundamental; en esta investigación más del 50 % de las púerperas mencionaron la manera como los recién nacidos pueden perder temperatura. Lo anterior coincide con el estudio de Srivastava et al. (2022) realizado en púerperas de la India donde más del 60 % de las entrevistadas sabían cómo mantener la temperatura corporal de los recién nacidos y el de Ayete-Nyampong et al. (2020) en mujeres de Ghana donde más del 98 % tenían un adecuado cuidado térmico en sus recién nacidos. Esto es importante porque el control térmico es deficiente en los neonatos debido a la inmadurez del centro regulador y conocer sobre su cuidado disminuye el riesgo de hipotermia.³⁶⁻³⁸

La higiene y el confort son elementos importantes en los recién nacidos. En este estudio se encontró que más del 70 % de las madres primerizas tenían conocimiento sobre cómo debe ser el baño y su frecuencia;

esto difiere con lo reportado por Eyeberu et al. (2024) en su metaanálisis donde indagaron en mujeres en el período posparto de Etiopía sobre la práctica temprana del baño en los recién nacidos y encontraron que más del 50 % de las mujeres lo realiza; además hay zonas donde este porcentaje aumenta y se relaciona con el nivel de educación materna.³⁹

El baño temprano o precoz es cuando sucede antes de las 24 horas de vida, aunque lo recomendado por la OMS es que sea posterior a este tiempo; esto es importante porque además de mantener la integridad y la textura de la piel, también protege contra algunos microorganismos. Sin embargo, el baño precoz tiene riesgos como la hipotermia, el compromiso respiratorio y el aumento del consumo de oxígeno.³⁹ Estudios como el de Kido et al. realizado en 166 países que forman parte del Consejo Internacional de Enfermeras mencionan que hay factores externos como el clima de cada país, que influye en la frecuencia en que se baña a los neonatos. Además, hay países donde tienen menos precipitación pluvial y agregan crema hidratante para mantener la piel humectada teniendo en cuenta que una baja humedad provoca sequedad de la piel y se relaciona con dermatitis atópica.⁴⁰

En la investigación de Chato-Rochina et al. (2021) mencionan que el 44,4 % de las pacientes embarazadas conocen acerca de los cuidados que requiere el cordón umbilical de los recién nacidos, lo que coincide con los resultados de este estudio donde el 44,6 % de las puérperas primerizas saben acerca del cuidado del cordón umbilical.⁴¹ Aunque hay investigaciones a nivel internacional que identificaron un desconocimiento de las madres en cuanto a este tipo de cuidados en el cordón umbilical y algunos de los signos de alarma^{1,42} lo anterior denota la importancia de realizar estudios donde se cuente con una muestra de participantes mayor.

Estudios como el de Kalufya et al. (2022) mencionan que un mayor nivel de educación y ser una mujer multigesta son factores importantes para mantener una adecuada limpieza del cordón umbilical y las prácticas inadecuadas se relacionan con infecciones; además mencionan que las recomendaciones sobre el cuidado del cordón umbilical rara vez se siguen en países de ingresos medios y bajos como lo es México.^{42,43}

El retraso en la búsqueda de atención es una de las principales causas de muerte neonatal, por ello es importante el conocimiento que tienen las madres sobre las señales o signos de alarma sobre el patrón de eliminación para promover el reconocimiento temprano de algunas enfermedades.⁴⁴ En esta investigación más

del 50 % de las puérperas primerizas reconocían cómo deben ser las heces en los primeros días de vida y el 87 % mencionaron que si su hijo presenta deposiciones con sangre hay que llevarlo a recibir atención médica. Estos resultados difieren de lo reportado por Zhou et al. (2022) en 112 madres y padres con hijos de entre 0 y 12 meses edad, donde el mayor porcentaje no reconocían la sangre en heces como signo de alarma ni tampoco las deposiciones diarreicas. Esto también ocurrió en el estudio de Gyaase et al. (2024) donde tan solo el 30 % reconocieron la diarrea como signo de alarma.⁴⁵

Por último, esta investigación encontró que las madres puérperas primerizas tienen un nivel de conocimiento medio con más del 73 % acerca de los cuidados del recién nacido concordando con el artículo de Meza et al. (2021) en donde se encontraron madres primerizas con nivel de conocimiento moderado.⁴⁶ Sin embargo, otros estudios como el de Zhou et al. (2022) mostraron que el mayor porcentaje de las madres, un 42 %, tenían conocimientos buenos, aunque es importante mencionar que el estudio se realizó en el país de China, un país económicamente desarrollado y con ingresos altos a diferencia de México.

Otros estudios como el de Leta (2022) mencionan que el mayor porcentaje de las madres tenían conocimientos buenos sobre los cuidados esenciales del recién nacido al igual que la investigación de Ayete-Nyampong et al. (2020) donde el 62 % de las puérperas tenían conocimientos adecuados sobre estos cuidados. Es importante hacer mención que estudios como el de Zhou et al. (2022) relacionan el nivel de conocimiento sobre estos cuidados esenciales con el número de consultas prenatales que tuvieron las pacientes y a mayor número de consultas mayor nivel de conocimiento, datos que en esta investigación no se abordaron. Además, otro aspecto que no se tomó en cuenta en esta investigación fue si las participantes pertenecían o se identificaban con algún pueblo originario ya que hay investigaciones donde se ha visto que esto influye en el nivel de conocimiento.

CONCLUSIÓN

La atención e información sobre los cuidados del recién nacido que reciben las puérperas primerizas es importante porque favorece el aumento de sus conocimientos, así como el impacto que estos tienen sobre la reducción de la morbimortalidad neonatal. Se debe fortalecer la educación que se brinda a madres, padres y cuidadores sobre los cuidados esenciales del re-

cién nacido, especialmente en aquellos cuidados que surgieron en esta investigación como áreas de oportunidad para mejorar.

Lo anterior realza la importancia de fortalecer las consultas prenatales en las mujeres embarazadas, a tra-

vés de los clubs de embarazo que tienen las unidades de salud del primer nivel de atención creados con la intención de informar y educar a la mujer embarazada, su familia y la comunidad sobre el parto, puerperio y los cuidados esenciales del recién nacido.

REFERENCIAS

1. Getachew T, Dheresa M, Eyeberu A, Balis B, Yadeta TA. Magnitude and Determinants of Postnatal Mothers' Knowledge of Essential Newborn Care at Home in Rural Ethiopia. *Front Pediatr*. 2022;10:860094.
2. Abebe M, Kejela G, Chego M, Desalegn M. Essential newborn care practices and associated factors among home delivered mothers in Guto Gida District, East Wollega zone. *PLOS Global Public Health*. 2023;3(1):e0001469.
3. Stensgaard CN, Bech CM, Holm-Hansen C, Skytte TB, et al. Essential newborn care practices for healthy newborns at a district hospital in Pemba, Tanzania: a cross-sectional observational study utilizing video recordings. *Glob Health Action*. 2022;15(1):2067398.
4. Organización Panamericana de la Salud. Campaña de los 28 días - Salud del recién nacido. 2024. [Consulta: 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/campana-28-dias-salud-recien-nacido>
5. López-Candiani C. Cuidados del recién nacido saludable. *Acta Pediatr Mex*. 2014;35(6):513-517.
6. Shahjahan M, Ahmed MR, Rahman MM, Afroz A. Factors affecting newborn care practices in Bangladesh. *Pediatr Perinat Epidemiol*. 2012;26(1):13-8.
7. Armdie AZ, Ejigu BA, Seme A, Desta S, et al. Magnitude and determinants of early initiation and exclusive breastfeeding at six weeks postpartum: evidence from the PMA Ethiopia longitudinal survey. *Int Breastfeed J*. 2024;19(1):1.
8. World Health Organization. Thermal protection of the newborn: a practical guide. Ginebra. 1997. [Consulta: 17 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO_RHT_MSM_97.2
9. BlumePeytavi U, Lavender T, Jenerowicz D, Ryumina I, et al. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. *Pediatr Dermatol*. 2016;33(3):311-321.
10. Madhu R, Vijayabhaskar C, Anandan V, Nedunchelian K, et al. Indian Academy of Pediatrics Guidelines for Pediatric Skin Care. *Indian Pediatr*. 2021;58(2):153-161.
11. Gupta BK, Kaphle R, Gupta BK, Shresth S, et al. Meconium and urinary patterns of healthy term newborns in a tertiary care hospital of western nepal- a prospective observational study. *J Univ Coll Med Sci*. 2018;6(1):8-10.
12. Arshad M, Seed PC. Urinary Tract Infections in the Infant. *Clin Perinatol*. 2015;42(1):17-28.
13. Allen KA. Promoting and protecting infant sleep. *Adv Neonatal Care*. 2012;12(5):288-91.
14. Prian GA, Michel MC. Frequency of secure sleep practices in Mexico for prevention of sudden infant death syndrome. *An Med Asoc Med Hosp ABC*. 2022;67(4):266-270.
15. Carozza S, Leong V. The Role of Affectionate Caregiver Touch in Early Neurodevelopment and Parent-Infant Interactional Synchrony. *Front Neurosci*. 2021;14:613378.
16. Goyal RC, Banginwar AS, Ziyo F, Toweir AA. Breastfeeding practices: Positioning, attachment (latch-on) and effective suckling - A hospital-based study in Libya. *J Family Community Med*. 2011;18(2):74-79.

17. Kyokan M, Bochaton N, Jirapaet V, Pfister RE. Early detection of cold stress to prevent hypothermia: A narrative review. *SAGE Open Med.* 2023;11:20503121231172866.
18. Beykmirza R, Mehrabani ER, Hashemi M, Shahri MM, et al. Development, implementation, and evaluation of neonatal thermoregulation decision support web application. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2023;23(1):227.
19. World Health Organization. Recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. 2017. [Consulta: 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-MCA-17.07>
20. Moraa PK, Mweu MM, Njoroge PK. Association between umbilical cord hygiene and neonatal sepsis among neonates presenting to a primary care facility in Nairobi County, Kenya: a case-control study. *F1000Research.* 2019;8:920.
21. Visscher MO, Adam R, Brink S, Odio M. Newborn infant skin: physiology, development, and care. *Clin Dermatol.* 2015;33(3):271-280.
22. National Association of Neonatal Nurses. Neonatal Skin Care Evidence-Based Clinical Practice Guideline. 4th Edition: 2018. [Consulta: 18 de junio de 2024]. Disponible en: <https://apps.nann.org/store/product-details?productId=59314045>
23. Gupta P, Nagesh K, Garg P, Thomas J, et al. Evidence-Based Consensus Recommendations for Skin Care in Healthy, Full-Term Neonates in India. *Pediatr Health Med Ther.* 2023;14:249-265.
24. Yasir M, Gopal-Kumaraswamy A, Rentea RM. Meconium Plug Syndrome. *StatPearls.* 2023. [Consulta: 19 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562320/>
25. Barbeau DY, Weiss MD. Sleep Disturbances in Newborns. *Children (Basel).* 2017;4(10):90.
26. Landsem IP, Cheetham NB. Infant sleep as a topic in healthcare guidance of parents, prenatally and the first 6 months after birth: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1135.
27. Mejía-Carrillo C, Perca-Hernández RE, Yauri-Candiotti RK. Efectividad de una intervención educativa participativa en el nivel de conocimiento de madres primíparas sobre cuidados del neonato en el hogar. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. [Consulta: 5 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/981>
28. Berhea TA, Belachew AB, Abreha GF. Knowledge and practice of Essential Newborn Care among postnatal mothers in Mekelle City, North Ethiopia: A population-based survey. *PloS One.* 2018;13(8):e0202542.
29. Candela-Lévano CM, Chugden-Cabrera MC, Novoa-Camacho AL. Conocimientos y actitudes sobre cuidados esenciales del recién nacido en madres primerizas atendidas en el Hospital Simón Bolívar - Cajamarca, 2021. [Tesis de Licenciatura]. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica; 2022. [Consulta: 5 de julio de 2024]. Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/1737>
30. Sarkar P, Rifat MA, Bakshi P, Talukdar IH, et al. How is parental education associated with infant and young child feeding in Bangladesh? a systematic literature review. *BMC Public Health.* 2023;23(1):510.
31. Memon J, Holakouie-Naieni K, Majdzadeh R, Yekaninejad MS, et al. Knowledge, attitude, and practice among mothers about newborn care in Sindh, Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):329.
32. Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together - It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *J Perinat Educ.* 2014;23(4):211-217.
33. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(1):31-48.
34. Lopes SdaS, Laignier MR, Primo CC, Leite FMC. Baby-friendly hospital initiative: evaluation of the ten steps to successful breastfeeding. *Rev Paul Pediatr.* 2013;31(4):488-493.

35. Patriksson K, Selin L. Parents and newborn “togetherness” after birth. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2022;17(1):2026281.
36. Srivastava A, Saxena S, Srivastava P, Mahmood SE, et al. Newborn thermal care in western Uttar Pradesh - gap analysis between knowledge and practices. *Arch Public Health*. 2022;80(1):55.
37. Ayete-Nyampong J, Udofia EA. Assessment of knowledge and quality of essential newborn care practices in La Dade Kotopon Municipality, Ghana. *PloS One*. 2020;15(8):e0237820.
38. Leta M. Level of knowledge toward essential newborn care practices among postnatal mothers in governmental hospitals of Harar Town, Eastern Ethiopia. *SAGE Open Med*. 2022;10:20503121221076364.
39. Eyeberu A, Getachew T, Kead A, Debella A. Early newborn bathing practice and its determinants among postpartum women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):87.
40. Kido M, Yonezawa K, Haruna M, Tahara-Sasagawa E, et al. A global survey on national standard care for newborn bathing. *Jpn J Nurs Sci*. 2024;21:e12558.
41. Chato Rochina VG, Arráiz de Fernández C, Cárdenas-Ponce DC. Conocimientos de las gestantes sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido. *Enfermería Investiga*. 2021;6(1):38-46.
42. Ayub Kalufya, N, Ali Seif S, Masoi TJ. Knowledge and practice of umbilical cord care among young mothers of neonates in Tabora region: Analytical cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(49):e31608.
43. Dessalegn N, Dagnaw Y, Seid K, Wolde A. Umbilical Cord Care Practices and Associated Factor Among Mothers of Neonates Visiting Mizan-Tepi University Teaching Hospital Southwest Ethiopia 2021. *Pediatr Health Med Ther*. 2022;13:227-234.
44. Zhou J, Hua W, Zheng Q, Cai Q, et al. Knowledge about neonatal danger signs and associated factors among mothers of children aged 0-12 months in a rural county, Southwest of China: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):346.
45. Gyaase P, Aduse-Poku E, Lanquaye MO, Acheampong EB, et al. Health seeking behaviour and knowledge on neonatal danger signs among neonatal caregivers in Upper Denkyira East Municipality, Ghana. *BMC Pediatr*. 2024;24(1):27.
46. Meza Torres GE, Agüero López NS. Conocimientos de puérperas del servicio de alojamiento conjunto de un hospital de alta complejidad sobre los cuidados del recién nacido en el hogar. *Rev Cient Cienc Salud*. 2021;3(2):60-68.

ANEXO.

Instrumento “Conocimiento de las madres acerca del cuidado del recién nacido”

Folio:.....

Fecha:.....

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

<p>Edad</p> <p>1. () Menor de 18 años</p> <p>2. () De 18 a 29 años</p> <p>3. () De 30 a 39 años</p> <p>4. () 40 años en adelante</p>	<p>Lugar de procedencia</p> <p>1. () San Luis Potosí, S.L.P.</p> <p>2. () Municipio de S.L.P. Cuál: _____</p> <p>3. () Otro estado Cuál: _____</p>	<p>Estado civil</p> <p>1. () Unión libre</p> <p>2. () Soltera</p> <p>3. () Casada</p> <p>4. () Divorciada</p> <p>5. () Viuda</p>
<p>Escolaridad</p> <p>1. () Primaria</p> <p>2. () Secundaria</p> <p>3. () Preparatoria</p> <p>4. () Carrera técnica</p> <p>5. () Licenciatura</p> <p>6. () Posgrado</p>	<p>Ocupación</p> <p>1. () Estudiante</p> <p>2. () Empleada</p> <p>3. () Ama de casa</p> <p>4. () Negocio propio</p> <p>5. () Otro Cuál: _____</p>	<p>Enfermedades</p> <p>1. () Diabetes</p> <p>2. () Hipertensión</p> <p>3. () Otra(s)</p> <p>Cuál(es): _____ _____</p>

II. CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS ESENCIALES DEL RECIÉN NACIDO

1. ¿Cuál de las siguientes opciones es la alimentación adecuada del neonato?

- A. Frutas, verduras y caldos
- B. Leche materna
- C. Leche de vaca
- D. Leche de envase (Lala, nutrileche, etc.)
- E. Leche artificial (fórmula)

2. ¿Por qué es importante alimentar al neonato con leche materna?

- A. No es importante darle leche materna.
- B. Fortalece la salud del neonato.
- C. Contiene los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo del neonato.
- D. No tiene ningún costo.
- E. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Con qué frecuencia debe alimentar al neonato?

- A. Libre demanda
- B. Cada 3 horas
- C. Cada 6 horas
- D. Dos veces al día
- E. Ninguna de las anteriores

4. ¿Cuál es la posición más adecuada para dar de lactar a su neonato?

- A. Madre parada brindando lactancia materna y con la mano en forma de tijera.
- B. Madre que hable con el celular y dando de lactar.
- C. Madre sentada, posición correcta del neonato, acople boca-pezones, posición de la mano de la madre en forma C.
- D. Brindarle leche en biberón.
- E. Ninguna de las anteriores.

5. ¿La lactancia materna es inadecuada cuándo?

- A. El neonato lacta con buena succión, regurgita, tiene buen tono muscular.
- B. El neonato lacta con succión débil, vómito explosivo, debilidad muscular.
- C. El neonato lacta con regular succión y moviliza brazos y piernas.
- D. El neonato lacta con buena succión y luego duerme.
- E. Ninguna de las anteriores.

6. ¿Con qué frecuencia se debe bañar al neonato?

- A. Diariamente, con agua tibia, shampoo y jabón neutro
- B. Cada tercer día y con jabón de tocador
- C. Dos veces al día
- D. En cada cambio de pañal
- E. Ninguna de las anteriores

7. ¿Qué color de piel le indicaría que su neonato debería ser revaluado por un médico?

- A. Color sonrosado y tibio
- B. Color sonrosado y descamativo
- C. Color amarillo o azulado
- D. Color sonrosado y turgente
- E. Ninguna de las anteriores

8. ¿Con qué materiales se le debe limpiar el cordón umbilical al neonato?

- A. No es necesario realizar algún cuidado específico.
- B. Se debe limpiar dos veces al día y cada vez que se ensucie con el pañal.
- C. Se limpia con alcohol puro de 70° y gasa estéril.
- D. Se limpia con alcohol de 70°.
- E. Ninguna de las anteriores.

9. ¿Qué es lo que no debe presentar el cordón umbilical en un proceso normal de secado?

- A. Cordón umbilical en proceso de secado.
- B. Presencia de secreciones, olores fuertes, la base de la piel enrojecida.
- C. Caída de cordón umbilical en 7 o 10 días.
- D. No presenta secreciones, ni malos olores.
- E. Ninguna de las anteriores.

10. ¿Con qué frecuencia se debe realizar el cambio de pañal del neonato?

- A. Cada vez que se sienta el pañal pesado.
- B. Cada vez que el neonato orina.
- C. Cuando el pañal esté mojado o haya hecho deposición.
- D. De tres a cuatro veces al día.
- E. Ninguna de las anteriores.

11. ¿En qué condiciones debería de llevarlo a una evaluación médica al neonato?

- A. Cuando su piel esté intacta y humectada.
- B. Cuando su piel esté sonrosada y no presente lesiones.
- C. Cuando no presente descamación de la piel superficial en zona perineal.
- D. Cuando presente la piel enrojecida, sangrante en la zona perineal.
- E. Todas las anteriores.

12. ¿Cuál de las siguientes condiciones su neonato puede perder temperatura?

- A. Es expuesto a corrientes de aire.
- B. Se le baña con agua tibia.
- C. Tiene mucho abrigo al dormir.
- D. Lloro demasiado.
- E. Todas las anteriores.

13. Proteger al neonato del frío o del calor excesivo es importante ¿por qué?

- A. El neonato no puede regular su temperatura.
- B. Evitar enfermedades.
- C. Evitar convulsiones.
- D. Mantener siempre caliente al neonato.
- E. Ninguna de las anteriores.

14. ¿Cuál es la temperatura normal del neonato?

- A. 35 °C a 36 °C
- B. 36 °C a 37 °C
- C. 36,5 °C a 37,5 °C
- D. 37 °C a 38 °C
- E. Ninguna de las anteriores.

15. ¿En qué circunstancia debería de llevarlo a emergencia del hospital a su neonato?

- A. Cuando presente una temperatura menor de 36,5 °C o mayor a 37,5 °C (fiebre).
- B. Cuando esté tibio al tacto y activo.
- C. Cuando juegue, o tome su leche normal.
- D. Cuando me demore en bañarlo.
- E. Ninguna de las anteriores.

16. ¿Cuáles son las diferentes maneras de expresar afecto al neonato?

- A. Cuidar
- B. Caricias
- C. Masajes
- D. Hablarle
- E. Todas las anteriores

17. ¿Por qué es importante expresarle afecto al neonato?

- A. No es importante en esta edad.
- B. Influye en la creación del vínculo madre e hijo.
- C. Estimula el crecimiento y desarrollo del neonato.
- D. Satisface las necesidades físicas y emocionales del neonato.
- E. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Por qué motivo llevaría a su neonato a emergencia?

- A. Cuando duerme tranquilo.
- B. Cuando llore irritablemente y no calme con nada.
- C. Cuando esté despierto y no quiera dormir.
- D. Cuando lacte sin problema cada 2 horas.
- E. Ninguna de las anteriores.

19. ¿Cuál es el tiempo máximo que debe dormir un neonato?

- A. 6 a 8 horas con intervalos de lactancia materna.
- B. 2 a 3 horas con intervalos de lactancia materna.
- C. 14 a 16 horas con intervalos de lactancia materna.
- D. 18 a 20 horas con intervalos de lactancia materna.
- E. Ninguna de las anteriores.

20. ¿Qué posición es la más adecuada para que su neonato duerma?

- A. Echado boca arriba
- B. Echado boca abajo
- C. De costado
- D. En cualquier posición
- E. Todas las anteriores

21. Llevaría a emergencias del hospital a su neonato si presentase lo siguiente:

- A. Cuando duerme de costado.
- B. Lacte cada 2 o 3 horas.
- C. Cuando no quisiera dormir.
- D. Tendencia al sueño por más de 3 horas, disminución de la actividad, respiraciones rápidas o movimientos involuntarios.
- E. Ninguna de las anteriores.

22. La orina normal de su neonato es de:

- A. Color rojo, sin olor
- B. Color amarillo, sin olor
- C. Sin color, sin olor
- D. Color amarillo, olor fétido (maloliente)
- E. Ninguna de las anteriores

23. ¿Lo llevaría a su neonato a emergencia del hospital si presentara en su orina?

- A. Cuando orine a cada momento.
- B. Cuando deje de orinar por más de 24 horas o presente sangre en la orina.
- C. Cuando orine de color amarillo.
- D. Cuando orine en poca cantidad.
- E. Ninguna de las anteriores.

24. En los primeros días de vida su neonato hace deposiciones (caquita) de color:

- A. Amarillo
- B. Marrón
- C. Anaranjado
- D. Verde oscuro
- E. Cualquier color

25. ¿Llevaría a su neonato a emergencia del hospital si presentara en su deposición?

- A. Si el color de su deposición es de color amarillo.
- B. Si el color de su deposición es de color verde oscuro.
- C. Si hace varias deposiciones al día (3 o 4) sin moco.
- D. Si su deposición presenta moco o con sangre.
- E. Ninguna de las anteriores.

Revisión

Principales emolientes naturales para mejorar la integridad de la piel en el neonato

Main natural emollients to improve the integrity of the skin in the newborn

Principais emolientes naturais para melhorar a integridade da pele do recém-nascido

MCE Eloísa Beatriz del Socorro Puch Kú¹, LEO José Andrés Gil Contreras²,
LE Noé Abraham Cortez Martín³, LE Diana Isabel Naal Ek⁴,
LE Gladys Yazmin Velázquez Poot⁵

RESUMEN

Objetivo: Evidenciar a través de una revisión sistemática si el uso de emolientes naturales aumenta la barrera protectora en el neonato.

Metodología: Investigación cuantitativa, revisión sistemática de acuerdo a las pautas de PRISMA, pregunta PIO. Se identificaron términos, se tradujo a lenguaje científico por medio de DeCS y MeSH. Las fuentes documentales consultadas fueron: PubMed, Epistemonikos y Cochrane; como estrategia de búsqueda se utilizaron los operadores booleanos AND y NOT, se consideraron como criterios de inclusión los artículos de revisiones sistemáticas con y sin meta-análisis, ensayos controlados aleatorizados, estudios observacionales de casos y controles y de cohorte; se excluyeron

estudios en pacientes pediátricos, adultos y estudios con más de 10 años de antigüedad.

Resultados: Se recuperaron 382 artículos, de los cuales se descartaron 362 por criterios de exclusión. Se realizó la evaluación de la calidad de la evidencia en base al instrumento Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM), Fichas de Lectura Crítica (FLC) versión 3.0. De los 20 evaluados, 9 fueron eliminados por sesgos en el método, falta de acceso al texto completo, no estar dirigidos al cuidado de la piel, no evidenciar la eficacia de los emolientes, artículos repetidos y diseño cualitativo; 11 cumplieron con los criterios de calidad establecidos. Los diseños fueron: 1 revisión sistemática, 9 ensayos clínicos y 1 estudio de cohorte.

1. Maestra en Ciencias de Enfermería (MCE), Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: 0000-0002-6866-452X

2. Licenciado en Enfermería Obstétrica (LEO), Facultad de Enfermería, Coordinador de la Especialidad de Enfermería en Terapia Intensiva, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: 0000-0002-3020-3728

3. Licenciado en Enfermería (LE), Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: 0009-0007-6854-2024

4. Licenciada en Enfermería (LE), Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: 0009-0003-5998-231X

5. Licenciada en Enfermería (LE), Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: 0009-0004-9527-1264

Correspondencia: gladys.velazquez18@hotmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 16 de enero de 2024.

Aceptado: 2 de mayo de 2024.

Conclusión: La aplicación de emolientes naturales en neonatos contribuye a mejorar la integridad de la piel, ayuda a la maduración y mejora la hidratación del estrato córneo de la piel. Sin embargo, por la población de estudio deficiente se recomienda realizar más investigaciones para evaluar con mayor certeza su efectividad.

Palabras clave: *emolientes; piel; cuidados de la piel; recién nacido.*

ABSTRACT

Objective: To demonstrate through a systematic review whether the use of natural emollients increases the protective barrier in the neonate.

Population and methods: Quantitative research, systematic review according to PRISMA guidelines, PIO question. Terms were identified and translated into scientific language through DeCS and MeSH. The databases consulted were: PubMed, Epistemonikos and Cochrane; boolean operators AND and NOT were used as a search strategy. Articles from systematic reviews with and without meta-analysis, randomized controlled trials, observational case-control and cohort studies were considered as inclusion criteria; studies in pediatric patients, adults and studies more than 10 years old were excluded.

Results: 382 articles were recovered; 362 articles were excluded. Evaluation of the quality of the evidence was carried out based on the instrument Oxford Center for Evidence-Based Medicine (OCEBM), Critical Reading Cards (FLC) version 3.0. From 20 studies, 9 were eliminated due to method bias, lack of access to the full text, not directed at skin care, not demonstrating the effectiveness of emollients, repeated articles, and qualitative design; 11 met the established quality criteria. Their designs are: 1 systematic review, 9 clinical trials and 1 cohort study.

Conclusion: The application of natural emollients in neonates contributes to improving the integrity of the skin, helps maturation and improves hydration of the stratum corneum of the skin. However, due to the poor study population, more research is recommended to evaluate its effectiveness with greater certainty.

Keywords: *emollients; skin; skin care; infant, newborn.*

RESUMO

Objetivo: Demonstrar através de uma revisão sistemá-

tica se o uso de emolientes naturais aumenta a barreira protetora no neonato.

Metodologia: Pesquisa quantitativa, revisão sistemática segundo diretrizes PRISMA, questão PIO. Os termos foram identificados e traduzidos para linguagem científica por meio do DeCS e do MeSH. As fontes documentais consultadas foram: PubMed, Epistemonikos e Cochrane; foram utilizados como estratégia de busca os operadores booleanos AND e NOT. Artigos provenientes de revisões sistemáticas com e sem meta-análise, ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais de caso-controle e de coorte foram considerados como critérios de inclusão; foram excluídos estudos em pacientes pediátricos, adultos e estudos com mais de 10 anos.

Resultados: Foram recuperados 382 artigos, dos quais 362 foram descartados por critérios de exclusão. A avaliação da qualidade das evidências foi realizada com base no instrumento Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM), planilhas de leitura crítica (FLC por sua sigla em espanhol) versão 3.0. Dos 20 avaliados, 9 foram eliminados por viés no método, falta de acesso ao texto completo, não serem direcionados aos cuidados com a pele, não demonstrarem a eficácia dos emolientes, artigos repetidos e design qualitativo; 11 atenderam aos critérios de qualidade estabelecidos. Os desenhos foram: 1 revisão sistemática, 9 ensaios clínicos e 1 estudo de coorte.

Conclusão: A aplicação de emolientes naturais em neonatos contribui para melhorar a integridade da pele, auxilia na maturação e melhora a hidratação do estrato córneo da pele. No entanto, devido à população deficiente do estudo, recomenda-se mais pesquisas para avaliar sua eficácia com maior certeza.

Palavras chave: *emolientes; pele; higiene da pele; recém-nascido.*

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n45.02>

Cómo citar: Puch Kú EBdeIS, Gil Contreras JA, Cortez Martín NA, Diana Naal Ek I, Velázquez Poot GY. Principales emolientes naturales para mejorar la integridad de la piel en el neonato. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2024;45:22-33.

INTRODUCCIÓN

La piel del recién nacido tiene una participación fundamental en la etapa de transición entre el medio intrauterino a la vida extrauterina y es de gran importancia para mantener la función de barrera que evite

las pérdidas insensibles de líquidos corporales, la termorregulación del organismo y la protección mecánica e inmunológica.¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se debe considerar prematuro al recién nacido menor de 37 semanas de gestación (SDG); de acuerdo con datos obtenidos en 2019, se registraron aproximadamente 900 000 recién nacidos niños menores de 5 años fallecidos por complicaciones que se relacionaron con el parto prematuro, constituyendo la principal causa de muerte en el periodo neonatal. En la región de las Américas, alrededor de 1,2 millones de nacimientos ocurren en forma prematura. Los neonatos prematuros requieren de atención especializada y cuidados específicos que les permitan sobrevivir, crecer y desarrollarse saludablemente.²

La piel del recién nacido ocupa una superficie equivalente al 13 % de la masa corporal y su fragilidad representa riesgo en los mecanismos de pérdida de calor y por ende cambios en la temperatura, aumento de las necesidades hídricas, mayor absorción transdérmica de sustancias, así como mayor colonización de microorganismos e infección invasiva. Aproximadamente el 80 % de la morbilidad y mortalidad de los neonatos está relacionada con traumas o alteraciones de la función normal de la piel, como consecuencia de su inmadurez funcional;³ “por esta razón en algunos países se utilizan emolientes naturales como el coco, aceite de girasol, aceite de oliva, los cuáles son sustancias que contienen lípidos que suavizan, restauran la elasticidad y homeostasis de la piel, previniendo la pérdida transdérmica de agua, los cuales tienen propiedades humectantes (atraen el agua a la piel) y oclusivas (impiden que el agua se evapore), lubrican e hidratan la piel, protegen la integridad del estrato córneo, la barrera cutánea y tratan la piel seca”.⁴

Existen estudios que señalan que el uso de emolientes naturales beneficia la barrera cutánea en el neonato; entre ellos se encuentra el de LeFevre. En 2010 en un ensayo controlado aleatorizado concluyó que el uso de aceite de girasol es altamente rentable para reducir la mortalidad neonatal por infección en un 26 % y 32 % respecto al grupo control.⁵ Simpson en 2014, en un ensayo piloto sugirió que la implementación de terapia emoliente desde el nacimiento es factible, segura y eficaz para la prevención de la dermatitis atópica;⁶ Kumar en 2022, demostró que los bebés prematuros tratados con aceite de semilla de girasol logran mayor crecimiento y menor morbilidad que los neonatos en los que se empleó aceite de mostaza;⁷ Salam, en 2015,

evaluó la aplicación de aceite de coco y obtuvo que fue efectiva para mantener la integridad de la piel y reducir el riesgo de infección del torrente sanguíneo en bebés prematuros.⁸

En 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó un Grupo de Elaboración de Directrices (GDG) para examinar la evidencia y formular recomendaciones para la atención de bebés prematuros. Se hicieron veinticinco recomendaciones; 11 fueron recomendaciones nuevas y 16 fueron de atención preventiva y promocional.

Entre estas 11 nuevas recomendaciones se realizó la revisión sistemática considerada por el GDG que mostró moderados beneficios de los aceites naturales (principalmente el aceite de semilla de girasol y el aceite de coco) en la prevención de la sepsis y la promoción del crecimiento, sin daños evidentes. La aplicación tópica corporal puede ser considerada en recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer (Recomendación condicional, evidencia de baja certeza). Los productos de aceites naturales varían ampliamente en composición y algunos pueden ser peligrosos.⁹

Para proteger la piel, es esencialmente necesario la remoción de células, bacterias, sudor y residuos, uso de jabón líquido pH neutro, uso de emolientes, cambio frecuente de pañales, secar bien la zona perineal y del ombligo, limpiar suavemente, aplicar emolientes, cambios de posición frecuentes, uso limitado de adhesivos, retiro de fijaciones con algodón empapado de agua o aceite, eliminar el exceso antiséptico con agua estéril, tener una buena ingesta nutricional, mantener hidratación, colocar apósitos hidrocoloides en áreas expuestas a mayor presión o fricción. Teniendo en cuenta estas recomendaciones y desarrollándolas en la práctica de atención en las UCIN se mantendrá la integridad de la piel, y se evitarán alteraciones y afectaciones cutáneas neonatales.¹⁰

El principal objetivo en el manejo de la piel neonatal, es conservarla lo más fisiológicamente posible, para que cumpla sus funciones de conservar el calor, mantener el balance de líquidos y electrolitos, prevenir infecciones y daños físicos, así como favorecer la maduración epitelial rápida.¹¹ La importancia del uso de emolientes radica en que puede tener un beneficio productivo en el estado de salud del neonato. Es por ello que se formula la siguiente pregunta: ¿cuáles son los beneficios del uso de emolientes naturales para el cuidado de la piel de los neonatos en la unidad de cuidados intensivos neonatales?

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación con enfoque cuantitativo de revisión sistemática con la metodología enfermería basada en evidencia, con una estructura en la pregunta de investigación: Población, Intervención y Resultado (PIO), con el fin de identificar los principales emolientes que se utilizan en el neonato prematuro en el cuidado de la barrera cutánea.

Estudio basado en los criterios de la guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).¹² Se utilizaron como fuentes documentales primarias y secundarias, para una búsqueda de información exhaustiva, las bases de datos, publicaciones electrónicas como: Pubmed, Scielo, Cochrane. Como estrategia para una búsqueda específica y efectiva se utilizó el operador booleano "AND" y "NOT", al finalizar la raíz correspondiente a la palabra o frase para minimizar la búsqueda. Las palabras clave para la búsqueda fueron: *emollients AND neonate, emollient AND skin care AND premature, emollients AND premature NOT adult*.

Se seleccionaron aquellos artículos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: 1) se evaluó la efectividad incluyendo tanto los estudios que demostraron efectividad como los que no y que no exceden los 10 años de antigüedad, 2) población neonatal prematura y de término con uso de emolientes naturales de aceite de coco, mostaza, almendras, girasol, y/u oliva, 3) investigaciones de acceso libre y/o acceso a instituciones educativas, 4) artículos en idioma español e inglés. En cuanto a la exclusión fueron los siguientes criterios: 1) artículos sin acceso completo al texto, 2) artículos dirigidos a la población pediátrica y adulta, 3) que no evidencien el uso de los emolientes y su beneficio. La revisión bibliográfica se realizó del 7 de septiembre al 30 de noviembre de 2023; tuvo un segundo periodo de investigación del 16 al 28 de febrero de 2024. Los datos proporcionados de los artículos nos permitieron tabular la información en Microsoft Word para poder evaluar de forma independiente y grupal.

Se realizó el análisis de la calidad metodológica de los artículos que fueron seleccionados para la investigación y la organización de acuerdo con los niveles de evidencia con grado de recomendación con la escala para la medicina basada en la evidencia de la Universidad de Oxford (OCEBM, Oxford Centre for Evidence-Based Medicine).

RESULTADOS

Se recuperó un total de 382 artículos durante la búsqueda, fueron seleccionados de acuerdo con la lectura del título y el resumen 362 de ellos a partir de la aplicación de los criterios de exclusión.

Se llevó a cabo la evaluación de la calidad de la evidencia de los artículos seleccionados sobre la base del instrumento planteado, Fichas de Lectura Crítica (FLC) versión 3.0 realizada por los investigadores, de los cuales 11 cumplen con los criterios de calidad establecidos; los diseños de estos son: 1 es una revisión sistemática, 9 son ensayos clínicos y 1 es un estudio de cohorte. Los 9 restantes fueron eliminados por sesgos en el método, no acceso al texto completo, no están dirigidos al cuidado de la piel, no evalúan la eficacia de los emolientes, artículos repetidos y diseño cualitativo. El proceso de descarte y selección de la evidencia se realizó a través del diagrama de flujo PRISMA (*Figura 1*).

De acuerdo con los artículos presentados, los métodos de evaluación de la piel que utilizaron fueron diferentes: el dispositivo de pérdida del agua transepidérmica (TEWL por su sigla en inglés) se utilizó en 3 artículos, la escala de evaluación de la puntuación de condición de la piel neonatal (NSCS por su sigla en inglés), en 3 artículos, espectroscopia ATR-FTIR, en 1 artículo, y cultivos de la piel, en 1 artículo. Todo esto con el fin de poder medir la eficacia que tiene el uso de emoliente en la barrera cutánea. Se describen los artículos revisados y el tipo de emoliente que se utilizó para aumentar la barrera cutánea (*Tabla 1*).

El análisis de la evidencia de los artículos encontrados se organizó en niveles de evidencia y grado de recomendación de acuerdo con la escala OCEBM. Uno de los artículos fue grado de recomendación A con nivel de evidencia 1a, nueve de grado recomendación A con nivel de evidencia 1b y uno grado de recomendación B con nivel de evidencia 2b. (*Tabla 2*).

DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática, se concluyó que la aplicación de emolientes naturales contribuye a mantener y mejorar la integridad cutánea en los neonatos prematuros y de término. Los principalmente evaluados han sido el aceite de coco y de girasol, y se ha evidenciado que tienen mayor eficacia.

El uso de emolientes en otras partes del mundo, como en países asiáticos, es una práctica cultural normativa

y profundamente arraigada. Un estudio observacional, realizado en lugares de bajos ingresos de África, refiere los diferentes tipos de emolientes y prácticas empleadas.^{23,24}

Otro estudio de Darmstadt, realizado en Bangladesh en 2021, concluye que el masaje emoliente de recién nacidos muy prematuros hospitalizados mejoró algunos resultados del desarrollo neurológico infantil durante los primeros 2 años de seguimiento y que los hallazgos justifican más investigaciones confirmatorias.²⁵

Se usaron diferentes métodos de medición para evaluar la integridad cutánea en los neonatos prematuros. El dispositivo de pérdida del agua transdérmica (TEWL por su sigla en inglés) se utilizó en 4 artículos (Cooke,¹⁶ Summers,¹⁹ Kanti²⁰ y Nangia²¹), la escala de evaluación de la puntuación de condición de la piel neonatal (NSCL por su sigla en inglés) en 5 artículos (Strunk,¹⁴ Konar,¹⁵ Caglar,¹⁷ Karakoc¹⁸ y Nangia²¹), la hidratación del estrato córneo (SCH por su sigla en inglés) en 2 artículos (Caglar¹⁷ y Kanti²⁰) y exámenes de cultivos de la piel; no

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA

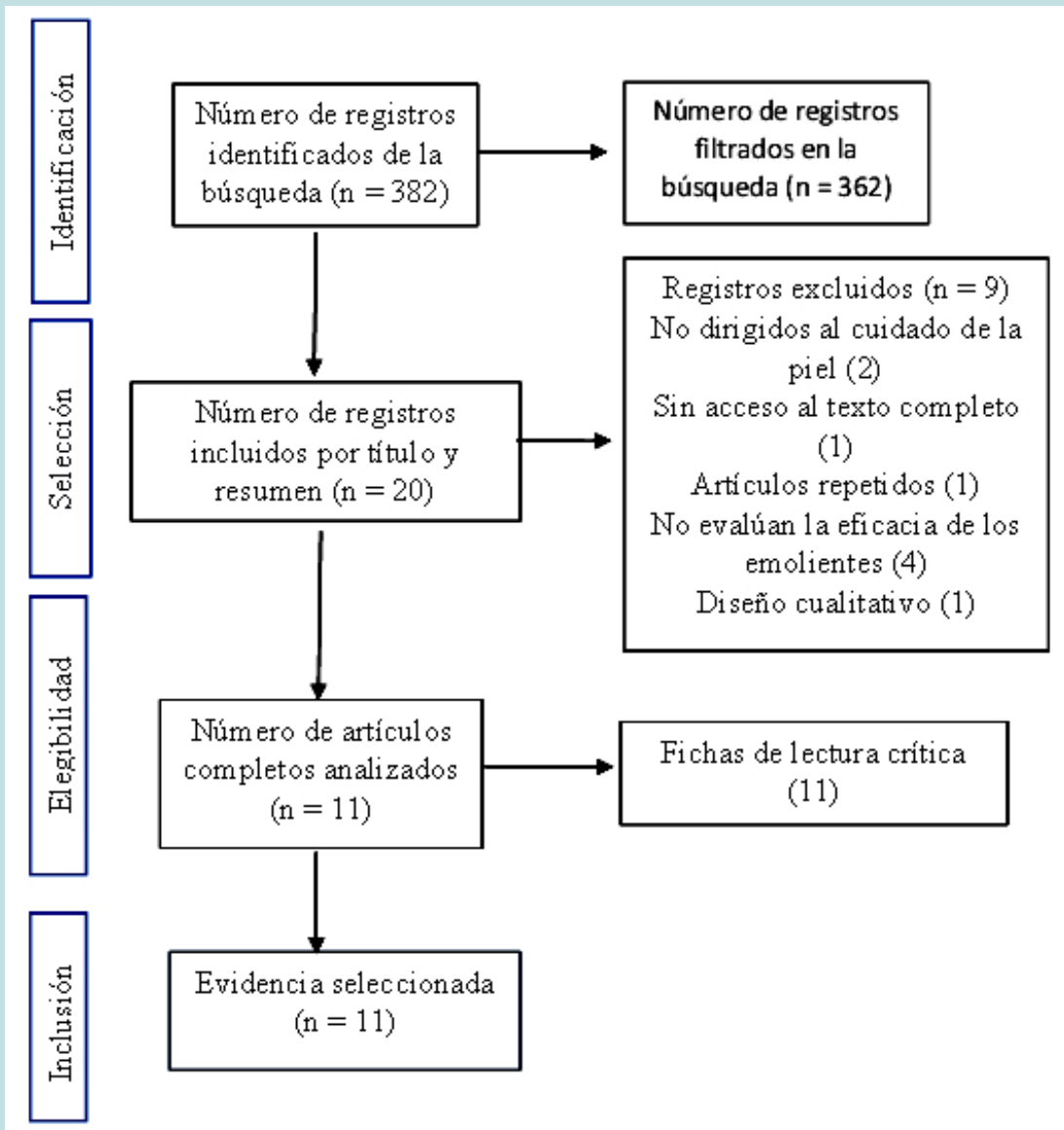


Tabla 1. Datos principales de los artículos revisados (n = 11)

Autor	Diseño Año	Emolientes utilizados	Número pacientes	Edad gestacional	País	Duración de la intervención
Pupala SS. ¹³	Revisión sistemática 2019	Aceite de coco, girasol vs. aceite de cártamo	7 ensayos (n = 727 neonatos)	>32 semanas de gestación, peso al nacer >1200 g	India, Irán, Pakistán y Australia	5-31 días
Strunk T. ¹⁴	Ensayo clínico aleatorizado 2018	Aceite de coco	72 recién nacidos	<30 semanas de gestación	Australia	(5 ml/kg) dos veces al día durante 21 días
Konar MC. ¹⁵	Ensayo controlado aleatorizado 2020	Aceite de coco	2294 recién nacidos prematuros	<37 semanas de gestación	India	Se evaluó a los 7, 14, 21, 28 días, a los 3, 6 y 12 meses
Cooke L. ¹⁶	Ensayo controlado aleatorizado piloto 2015	Aceite de girasol Aceite de oliva	115 neonatos	Recién nacidos sanos de término	Reino Unido	4 gotas de aceite 2 veces al día. Se evaluó en 2 momentos a las 48 h de vida y posterior de las 4 semanas de uso, ya sea hospitalario o a domicilio
Salam RA. ⁸	Ensayo clínico controlado aleatorizado 2015	Aceite de coco	258 recién nacidos	≥26 y ≤37 semanas de gestación	Paquistán	28 días, 2 veces al día
Caglar S. ¹⁷	Ensayo controlado aleatorizado 2020	Aceite de girasol y almendras	90 neonatos	Prematuros nacidos entre 32 y 37 semanas de gestación	Turquía	Cuatro veces al día (4 ml/kg) durante 5 días
Karakoc IB. ¹⁸	Ensayo controlado aleatorizado 2022	Aceite de girasol	90 recién nacidos prematuros y de término	≥32 semanas, peso al nacer ≥1500 g	Turquía	1 aplicación por 16 días

Summer A. ¹⁹	Ensayo controlado aleatorizado 2019	Aceite de mostaza Aceite de girasol	995 recién nacidos	>40 semanas de gestación	Nepal	28 días
Kanti V. ²⁰	Estudio piloto controlado aleatorizado 2019	Aceite de girasol vs. loción comercial	46 recién nacidos	>37 semanas de gestación	Alemania	5 semanas
Nangia S. ²¹	Ensayo controlado aleatorizado 2015	Aceite de coco	74 recién nacidos	751 a 1499 g	India	2 veces al día por una semana 4 ml
Ghori N. ²²	Ensayo clínico aleatorizado 2023	Aceite de coco	56 prematuros	<30 semanas de gestación	Australia	21 días

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Síntesis e interpretación de la evidencia.
Escala OCEBM (Oxford Centre for Evidence-Based Medicine)

Grado de recomendación		Autor	Diseño	Conclusión/RESUMEN
Nivel de evidencia		Año		
A	1a	Pupala SS. 2019	Revisión sistemática	La principal limitación de esta revisión sistemática fue el bajo tamaño de la muestra y la duración variable del seguimiento en los estudios incluidos. Todos los estudios excepto uno, fueron realizados en entornos de ingresos bajos y medios, lo que impide la generalización de los resultados. Aunque la mayoría de los estudios clínicos aleatorizados incluyeron lactantes prematuros moderados y tardíos (gestación media >32 semanas, peso al nacer >1200 g), también se encontró que era seguro y eficaz para mantener la integridad de la piel en lactantes de edad gestacional extremadamente baja en uno de los ensayos. Aunque nuestra revisión sistemática encontró que la aplicación tópica de aceite de coco puede ser beneficiosa, es importante señalar que la calidad general de la evidencia fue de baja a moderada. Por lo tanto, no se pueden hacer recomendaciones firmes que respalden el uso universal de la aplicación tópica de aceite de coco en bebés prematuros. ¹³

1b	Strunk T. 2018	Ensayo clínico aleatorizado	Los datos indican que el aceite de coco tópico profiláctico da como resultado una integridad de la piel significativamente mejor sin efectos adversos. En el grupo control hubo un deterioro pasando de una puntuación de 3 en el día 1 a una puntuación de 4 para el día 21; en el grupo de intervención se mantuvo estable en una puntuación de 3 a 3,5 durante los 21 días de acuerdo con la evaluación de la puntuación de condición de la piel neonatal (NSCS). Los efectos positivos sobre la condición de la piel observada en este ensayo están en línea con ensayos clínicos abiertos neonatales anteriores de aceite de coco en entornos de países de ingresos bajos y medianos. Mantener la integridad de la piel puede reducir la incidencia de sepsis de aparición tardía, con una alta proporción de organismos de sepsis de aparición tardía recuperados de hemocultivos originados en la piel, incluso en ausencia de catéteres vasculares permanentes. ¹⁴
1b	Konar MC. 2020	Ensayo controlado aleatorizado	Se observó que la puntuación de la escala de evaluación de la puntuación de condición de la piel neonatal (NSCS) mejoró en el grupo A (uso de emoliente de coco) versus el grupo B (control). Se evaluó a los días 7, 14, 21 y 28 ($p < 0,01$). El uso de aceite de coco en la piel del recién nacido ayudó a la madurez de la piel y previno la hipotermia y la apnea en el recién nacido. En el grupo A contribuyó a una maduración de la función de barrera lo que se asoció a una disminución en la incidencia de sepsis neonatal de aparición tardía; sin embargo, no alcanzó significación estadística. ¹⁵
1b	Cooke A. 2015	Ensayo controlado aleatorizado	La hidratación y el cambio en las estructuras de las laminillas lipídicas, un determinante de la permeabilidad del estrato corneo (SHC), se midió con espectroscopia ATR-FTIR. Los datos sugirieron que los aceites que usaron en este ensayo pueden mejorar la hidratación sin efectos adversos, pero alteraron la estructura lipídica de la barrera cutánea, cuya importancia clínica se desconoce actualmente. ¹⁶
1b	Salam RA. 2015	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Las aplicaciones de aceite de coco mejoraron significativamente la condición de la piel de cualquier grado. La terapia tópica con aceite de coco se asoció con una disminución de la sepsis intrahospitalaria. ⁸
1b	Caglar S. 2020	Ensayo controlado aleatorizado	Este trabajo incluyó 90 prematuros de 32 a 37 semanas, con limitaciones tales como su corto período de intervención (5 días), evaluación clínica (NSCS) e hidratación (SCH) sin otras mediciones biofísicas de la piel (TEWL, pH). Concluyó que los bebés de los grupos en los que se empleó aceite de girasol y aceite de almendra tuvieron mejor hidratación y puntuaciones significativamente más altas de la NSCS que los bebés del grupo de control. ¹⁷
1b	Karakoc IB. 2022	Ensayo controlado aleatorizado	Se comparó el uso de vaselina líquida con el aceite de girasol y un grupo control en recién nacidos prematuros y de término. Al final de los 9 días de intervención el grupo de SSO terminó con una puntuación de 3 de acuerdo a la escala NSCS, el grupo de vaselina con 3,5 y el grupo control con una puntuación de 5, por lo que mejoró la hidratación de la piel con el uso de emolientes. Tiene similares limitaciones al estudio anterior. ¹⁸

	1b	Summers A. 2019	Ensayo controlado aleatorizado	El pH de la piel disminuyó más rápidamente con aceite de girasol (SSO) que con aceite de mostaza (MO) en la primera semana de vida, con una diferencia en las reducciones diarias medias de 0,02 (IC del 95 %: 0,002–0,040). El eritema, la erupción y la sequedad aumentaron (empeoraron) durante los días 1 a 14 y luego disminuyeron en el día 28, sin diferencias significativas entre los grupos de aceites. TEWL aumentó con el tiempo, sin diferencias significativas entre los grupos de diferente edad gestacional. ¹⁹
B	2b	Kanti V. 2017	Estudio aleatorizado	Estudio piloto aleatorizado comparando uso de aceite de girasol vs. loción comercial con presencia de aceite de girasol en 46 neonatos de término con ausencia de grupo control. La función de la barrera cutánea se cuantificó objetivamente mediante evaluaciones no invasivas de parámetros funcionales (TEWL, SCH, sebo y pH) en diferentes sitios anatómicos bajo métodos estandarizados y condiciones ambientales. En ambos grupos, disminuyó el pH y aumentó el estado de hidratación en forma estadísticamente significativa en todas las áreas respecto al valor inicial y la TEWL presentó una tendencia a la reducción. Estos resultados sugieren un aumento de la barrera cutánea. ²⁰
A	1b	Nangia S. 2015	Ensayo aleatorizado	Se realizó el estudio con recién nacidos pretérmino <1500 g. Un total de 74 recién nacidos fueron asignados al azar a los grupos aceite ($n = 37$) o control ($n = 37$). El peso al nacer, la gestación, el crecimiento fetal, la ingesta de líquidos y las variables ambientales fueron comparables en los dos grupos. La pérdida de agua transepidérmica (TEWL) inicial se midió con un evaporímetro antes de la primera aplicación de aceite de coco en el grupo aceite y a las 12 h de edad en el grupo control. A medida que avanzaba la edad posnatal, la TEWL disminuyó en ambos grupos, pero la reducción fue significativamente mayor en el grupo de aceite, siendo del 42 % en este grupo frente al 32 % en el grupo de control. La piel tuvo mejor condición clínica y menor crecimiento bacteriano con el uso del aceite de coco (20 % vs. 60 %, $p < 0,01$). ²¹
A	1b	Ghori N. 2023	Ensayo clínico aleatorizado	Recolectaron muestras de microbioma de la piel de la oreja, la axila y la ingle, los días 1, 7, 14 y 21 de bebés prematuros nacidos con <30 semanas de gestación como parte de un ensayo clínico aleatorizado de cuidado de la piel estándar versus aceite de coco tópico. Encontraron que la diversidad del microbioma dentro de la muestra fue mayor el día 1 después del nacimiento, con una disminución posterior y el surgimiento de la dominancia del género <i>Staphylococcus</i> a partir del día 7. Además, el ensamblaje del microbioma fue menos diverso en los bebés que recibieron aceite de coco en comparación con el cuidado de la piel estándar. ²²

existe un método estandarizado para hacer esta evaluación. El método con mayor frecuencia de uso en esta revisión fue la escala NSCS, sin embargo, este método no es tan sensible como las mediciones biofísicas, por lo tanto, los valores obtenidos no necesariamente se atribuyen con los parámetros funcionales de la piel.¹⁸ En un ensayo aleatorizado por grupos, Summers, en 2019,¹⁹ concluye que la disminución más rápida del pH para crear un manto ácido puede contribuir como un efecto protector para los recién nacidos en entornos de menores recursos; sin embargo, este valor varía en cada región corporal por lo que se sugiere que se determine el pH inicial de la región en la que se aplicará el emoliente para la evaluación de la eficacia de este sobre la reducción del pH.

Un estudio realizado en 20 niños de 2 a 4 meses de edad con malnutrición grave y diarrea tratada con antibióticos mostró modificaciones favorables en la microbiota cutánea con la terapia de emoliente, por lo que podría especularse una mejora en la función de la barrera cutánea.²⁶ Otros trabajos observaron un mayor aumento de peso en neonatos que podría traducirse a un fortalecimiento de la barrera transepidérmica.^{27,28}

No se encontró ningún artículo que evidencie que el emoliente natural tenga mayor efectividad para aumentar la barrera cutánea.

De acuerdo con los autores de los estudios incluidos en la búsqueda se concluye que la aplicación de algunos emolientes naturales como el aceite de coco o de semilla de girasol en neonatos contribuyen a mejorar la integridad de la piel, ayudan a la maduración y mejoran la hidratación del estrato córneo de la piel. Entre otros beneficios está el aumento de la protección cutánea por lo que podría contribuir a la disminución de la incidencia de sepsis neonatal.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que existen aceites naturales como el de mostaza que puede pro-

ducir irritación y dañar la barrera cutánea en altas concentraciones y que el aceite de oliva contiene altas concentraciones de ácido oleico el cual puede alterar la capa lipídica del estrato córneo.^{29,30}

La OMS hizo una nueva recomendación condicional basada en evidencia de certeza baja para la aplicación de aceites naturales (sugiere el uso de aceites de girasol o de coco) al cuerpo de bebés prematuros o de bajo peso de nacimiento, basada en beneficios moderados de disminución de infecciones graves y aumento de peso (evidencia de certeza baja) y mayor duración, sin evidencia de daños.⁹ De igual manera, Elías P. y cols. en 2022, describen que varios estudios en cohortes de bebés prematuros en países de ingresos bajos y medianos han demostrado que el aceite de semilla de girasol (SSO) con alto contenido de ácido linoleico proporciona beneficios para la barrera cutánea y la supervivencia, la salud, el crecimiento y desarrollo de los recién nacidos.³¹

El nivel de evidencia de los beneficios de los emolientes para recomendar su uso en neonatos es bajo porque los estudios que se incluyen en esta revisión sistemática se realizan con grupos reducidos de estudio. Los resultados podrían ser diferentes según el tipo de emoliente empleado, su calidad y concentración, así como las características de la población tal como la edad gestacional, el estado nutricional, la región corporal que se evalúa, las condiciones ambientales (cuna o incubadora) y de higiene.

CONCLUSIÓN

La aplicación de emolientes naturales en neonatos contribuye a mejorar la integridad de la piel, ayuda a la maduración y mejora la hidratación del estrato córneo de la piel. Sin embargo, por la población de estudio deficiente se recomienda realizar más investigaciones para evaluar con mayor certeza su efectividad.

REFERENCIAS

1. Vilarrasa E, Puig L. La piel del recién nacido. Atención especial. *Farmacia Profesional*. 2008;22(11):36-42.
2. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. [Internet]; 11 de mayo de 2023. [Consulta: 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. Faria TF, Kamada I. Lesiones de la piel en neonatos en cuidados intensivos neonatales. *Enferm Glob*. 2018;17(49):211-219.
4. Serra-Baldrich E, Tribó-Boixareu MJ. La piel del recién nacido. *Act Dermatolog*. 1998;3:151-157.

5. LeFevre A, Shillcutt SD, Saha SK, Ahmed AS, et al. Cost-effectiveness of skin-barrier-enhancing emollients among preterm infants in Bangladesh. *Bull World Health Organ.* 2010;88(2):104-12.
6. Simpson EL, Chalmers JR, Hanifin JM, Thomas KS, et al. Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;134(4):818-23.
7. Kumar V, Kumar A, Mishra S, Kan P, et al. Effects of emollient therapy with sunflower seed oil on neonatal growth and morbidity in Uttar Pradesh, India: a cluster-randomized, open-label, controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2022;115(4):1092-1104.
8. Salam RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Effect of emollient therapy on clinical outcomes in preterm neonates in Pakistan: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2015;100(3):F210-5.
9. Care of Preterm or Low Birthweight Infants Group. New World Health Organization recommendations for care of preterm or low birth weight infants: health policy. *EClinicalMedicine.* 2023;63:102155.
10. Cordero Méndez S. Efectividad de los cuidados de enfermería centrados en el desarrollo en neonatos prematuros comparado con los cuidados estándar. *Enferm Actual Costa Rica (en línea).* 15 de febrero de 2018. [Consulta: 25 de junio de 2024]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/32293>.
11. Muñoz MJ. Higiene y cuidados de la piel del bebé. *Offarm.* [Internet]. 2003;22(3):73-82. [Consulta: 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13044453>
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Grupo PRISMA. Ítems de referencia para publicar Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis: La Declaración PRISMA. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2014;18(3):172-181. [Consulta: 11 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/114>
13. Pupala SS, Rao S, Strunk T, Patole S. Topical application of coconut oil to the skin of preterm infants: a systematic review. *Eur J Pediatr.* 2019;178(9):1317-24.
14. Strunk T, Pupala S, Hibbert J, Doherty D, Patole S. Topical Coconut Oil in Very Preterm Infants: An Open-Label Randomised Controlled Trial. *Neonatology.* 2018;113(2):146-51.
15. Konar MC, Islam K, Roy A, Ghosh T. Effect of virgin coconut oil application on the skin of preterm newborns: A randomized controlled trial. *J Trop Pediatr.* 2020;66(2):129-35.
16. Cooke A, Cork MJ, Victor S, Campbell M, et al. Olive Oil, Sunflower Oil or no Oil for Baby Dry Skin or Massage: A Pilot, Assessor-blinded, Randomized Controlled Trial (the Oil in Baby SkinCaRE [OBSerVrE] Study). *Acta Derm Venereol.* 2016;96(3):323-30. [Consulta: 11 de junio de 2024]. Disponible en: <https://medicaljournals-sweden.se/actadv/article/view/6032>
17. Caglar S, Yildiz GK, Bakoglu I, Salihoglu O. The effect of sunflower seed and almond oil on preterm infant skin: A randomized controlled trial. *Adv Skin Wound Care.* 2020;33(8):1-6.
18. Karakoç IB, Ekici B. Maintaining skin integrity in neonates with sunflower seed oil and liquid Vaseline: A prospective randomized controlled study. *Adv Skin Wound Care.* 2022;35(12):1-8.
19. Summers A, Visscher MO, Khatry SK, Sherchand JB, et al. Impact of sunflower seed oil versus mustard seed oil on skin barrier function in newborns: a community-based, cluster-randomized trial. *BMC Pediatr.* 2019;19(1):512.
20. Kanti V, Günther M, Stroux A, Sawatzky S, et al. Influence of sunflower seed oil or baby lotion on the skin barrier function of newborns: A pilot study. *J Cosmet Dermatol.* 2017;16(4):500-507.
21. Nangia S, Paul VK, Deorari AK, Sreenivas V, et al. Topical Oil Application and Trans-Epidermal Water Loss in Preterm Very Low Birth Weight Infants-A Randomized Trial. *J Trop Pediatr.* 2015;61(6):414-20.

22. Ghori NU, Mullally CA, Nicol MP, Currie A, et al. Skin-microbiome assembly in preterm infants during the first three weeks of life and impact of topical coconut oil application. *Int J Mol Sci.* 2023;24(23):16626.
23. Amare Y, Shamba DD, Manzi F, Bee MH, et al. Current Neonatal Skin Care Practices in Four African Sites. *J Trop Pediatr.* 2015;61(6):428-34.
24. Darmstadt GL, Saha SK, Ahmed AS, Ahmed S, et al. Effect of skin barrier therapy on neonatal mortality rates in preterm infants in Bangladesh: a randomized, controlled, clinical trial. *Pediatrics.* 2008;121(3):522-9.
25. Darmstadt GL, Khan NZ, Rosenstock S, Muslima H, et al. Impact of emollient therapy for preterm infants in the neonatal period on child neurodevelopment in Bangladesh: an observational cohort study. *J Health Popul Nutr.* 2021;40(1):24.
26. Fischer N, Darmstadt GL, Shahunja KM, Crowther JM, et al. Topical emollient therapy with sunflower seed oil alters the skin microbiota of young children with severe acute malnutrition in Bangladesh: A randomised, controlled study. *J Glob Health.* 2021;11:04047.
27. Fallah R, Akhavan Karbasi S, Golestan M, Fromandi M. Sunflower oil versus no oil moderate pressure massage leads to greater increases in weight in preterm neonates who are low birth weight. *Early Hum Dev.* 2013;89(9):769-72.
28. Darmstadt GL, Mao-Qiang M, Chi E, Saha SK, et al. Impact of topical oils on the skin barrier: possible implications for neonatal health in developing countries. *Acta Paediatr.* 2002;91(5):546-54.
29. Meza T. Should we use olive oil or sunflower oil on a preterm infant's skin? *Infant* 2013;9(5):170-2.
30. Taheri PA, Goudarzi Z, Shariat M, Nariman S, Matin EN. The effect of a short course of moderate pressure sunflower oil massage on the weight gain velocity and length of NICU stay in preterm infants. *Infant Behav Dev.* 2018;50:22-7.
31. Elias PM, Man MQ, Darmstadt GL. Optimised emollient mixture for skin barrier repair: Applications to global child health. *J Glob Health.* 2022;12:03019.

Actualización

Abordaje nutricional en el recién nacido prematuro con displasia broncopulmonar

Nutritional approach in the premature newborn with bronchopulmonary dysplasia

Abordagem nutricional no recém-nascido prematuro com displasia broncopulmonar

Mg. Jesica Diaz¹

RESUMEN

Los recién nacidos de muy bajo peso al nacer que en general presentan desnutrición postnatal tienen más riesgo de desarrollar displasia broncopulmonar (DBP) la cual impacta en la salud a corto y largo plazo. La restricción de crecimiento pre y postnatal incide negativamente en el desarrollo pulmonar y en el neurodesarrollo. La restricción de líquidos y el uso prolongado de diuréticos pueden comprometer el crecimiento y causar desequilibrio electrolítico. La alimentación oral deficiente agrava la nutrición subóptima en neonatos con DBP. El manejo nutricional personalizado, incluida la ingesta adecuada de líquidos, energía, proteínas y micronutrientes, es fundamental. Se recomienda la leche materna y la fortificación individualizada para optimizar el crecimiento y minimizar las complicaciones metabólicas y óseas asociadas con la DBP.

Palabras clave: *nutrición del lactante; displasia broncopulmonar; leche humana; crecimiento; estado nutricional.*

ABSTRACT

Very low birth weight newborns who generally present postnatal malnutrition, are at greater risk of developing bronchopulmonary dysplasia (BPD), which impacts short- and long-term health. Pre- and postnatal growth restriction negatively affects lung development and neurodevelopment. Fluid restriction and prolonged use of diuretics can compromise growth and cause electrolyte imbalance. Poor oral feeding exacerbates suboptimal nutrition in infants with BPD. Personalized nutritional management, including adequate intake of fluids, energy, proteins, and micronutrients, is essential. Breastfeeding and individualized fortification are recommended to optimize growth and minimize metabolic and bone complications associated with BPD.

Keywords: *infant nutrition; bronchopulmonary dysplasia; human milk; growth; nutritional status.*

1, Licenciada en Nutrición. Especialista en Nutrición Pediátrica. Magíster en Nutrición y Biotecnología Alimentaria. Nutricionista del Servicio de Neonatología, Hospital J.B. Iturraspe, Santa Fe, Argentina. Docente de la Universidad Católica de Santa Fe, Argentina.

ORCID: 0000-0002-8169-2744

Correspondencia: nutjesicadiaz@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 14 de febrero de 2024.

Aceptado: 2 de abril de 2024.

RESUMO

Os recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer, que geralmente apresentam desnutrição pós-natal, têm maior risco de desenvolver displasia broncopulmonar, a qual impacta a saúde a curto e longo prazo. A restrição de crescimento pré e pós-natal incide negativamente no desenvolvimento pulmonar e no neurodesenvolvimento. A restrição de líquidos e o uso prolongado de diuréticos podem comprometer o crescimento e causar desequilíbrio eletrolítico. A alimentação oral deficiente agrava a nutrição subótima em neonatos com DBP. O manejo nutricional personalizado, incluindo a ingestão adequada de líquidos, calorias, proteínas e micronutrientes, é fundamental. Recomenda-se o leite materno e a fortificação individualizada para otimizar o crescimento e minimizar as complicações metabólicas e ósseas associadas à DBP.

Palavras chave: nutrição do lactente; displasia broncopulmonar; leite humano; crescimento; estado nutricional.

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n45.03>

Cómo citar: Díaz J. Abordaje nutricional en el recién nacido prematuro con displasia broncopulmonar. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2024;45:34-44.

INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos con displasia broncopulmonar (DBP) a menudo experimentan déficit nutricional; este puede afectar el desarrollo neurológico y los resultados respiratorios a corto y largo plazo. La evidencia de alta calidad sobre la mejor manera de optimizar la nutrición en el contexto de la DBP sigue siendo limitada. Sin embargo, las revisiones recientes y la orientación clínica basada en los resultados del crecimiento pueden ayudar al equipo de salud a mejorar el crecimiento en esta población.

Se han publicado múltiples revisiones sobre el manejo nutricional de la DBP, destacando los principios nutricionales relevantes:¹⁻⁴

- Evitar la privación temprana de nutrientes y proporcionar los objetivos energéticos y de macronutrientes recomendados.
- Administrar leche humana como dieta enteral preferida y, según las posibilidades, fortificada.
- Limitar la ingesta total temprana de líquidos, individualizar los aportes según los requerimientos, con hincapié en la edad gestacional y los días de vida.
- Ser conscientes de la alteración en la entrega de

nutrientes con estilos de manejo específicos, por ejemplo, la restricción de líquidos y la exposición a medicamentos como diuréticos y esteroides, y la necesidad de realizar ajustes en consecuencia.

DESAFÍOS DEL CRECIMIENTO EN LACTANTES CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR

Los recién nacidos prematuros con antecedentes de restricción del crecimiento intrauterino y aquellos que experimentan falla de crecimiento posnatal tienen más probabilidades de desarrollar DBP a las 36 semanas de gestación.^{2,6}

Los recién nacidos a los que se les diagnostica DBP a las 36 semanas de edad post menstrual, corren el riesgo de sufrir un retraso continuo en el crecimiento en la infancia,⁷ aumento de peso excesivo en relación con el crecimiento lineal y anomalías del crecimiento que persisten hasta la edad adulta.⁸ Tanto la desnutrición intra- como la extrauterina pueden tener efectos devastadores en el pulmón en desarrollo. Una nutrición subóptima retrasa el crecimiento somático e inhibe el desarrollo alveolar,⁶ reduce el volumen pulmonar,⁹ y exacerba la lesión pulmonar.¹⁰

Los recién nacidos con DBP establecida tienen un alto riesgo de deterioro del desarrollo neurológico,¹¹ y el riesgo aumenta con la gravedad de la DBP.¹²

Se ha demostrado en estudios experimentales y clínicos que el estado nutricional influye en el desarrollo de la DBP. La desnutrición afecta la capacidad de los neonatos prematuros para resistir el daño hiperóxico, reparar el daño celular inducido por el volutrauma, combatir infecciones, tolerar el estrés prolongado y promover el crecimiento pulmonar.¹⁰

En la *Tabla 1* se muestra el enfoque nutricional preventivo para los lactantes con riesgo de contraer DPB.

Restricción de líquidos y diuréticos

La práctica de restringir la ingesta total de líquidos se utiliza a menudo en recién nacidos muy prematuros con la intención de reducir el edema pulmonar, aunque falta evidencia que apoye directamente el beneficio de la restricción de líquidos después del período neonatal temprano o con administración enteral en lugar de intravenosa.¹³

La restricción de líquidos puede conducir a un suministro calórico deficiente, un compromiso del crecimiento y un soporte nutricional inadecuado, que son factores de riesgo para el desarrollo de DBP.¹⁴⁻¹⁶

Sin embargo, el uso prolongado de diuréticos puede provocar hiponatremia, que en modelos preclínicos se ha asociado con deficiencias en el crecimiento lineal, el crecimiento pulmonar y el aumento de peso.¹⁷

dos grasos. La inflamación crónica, como se observa en neonatos con DBP, puede suprimir los factores de crecimiento similares a la insulina, lo que lleva a la inhibición del crecimiento.^{18,20}

Comorbilidades

La infección aumenta el gasto de energía, provoca catabolismo de proteínas y reduce la oxidación de áci-

Corticosteroides

Los recién nacidos con DBP a menudo están expuestos

Tabla 1. Enfoque nutricional preventivo en lactantes con alto riesgo de displasia broncopulmonar

INTERVENCIÓN	
Evitar la ingesta excesiva de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el primer día posnatal: 80-100 ml/kg/día. ✓ Después de la primera semana posnatal: 135-150 ml/kg/día.
Proporcionar una humedad adecuada a la incubadora	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En la primera semana posnatal: 60-70 %.
Mantener una temperatura adecuada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Piel abdominal: 36,0-36,5 °C. ✓ Temperatura del aire inspirado (CPAP o ventilador): 34,0-41,0 °C, humedad relativa del 100 %.
Optimizar la ingesta temprana de energía parenteral	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En la primera semana postnatal: 80-100 kcal/kg/día. ✓ Después de la primera semana postnatal: 120-150 kcal/kg/día.
Optimizar la ingesta parenteral temprana de aminoácidos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comenzar con 1,5 a 2 g/kg/día después del nacimiento. ✓ Aumentar a 3,5 g/kg/día desde las primeras 48 a 72 horas posnatales.
Optimizar la ingesta temprana de grasas parenterales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comenzar con 1,0 a 2,0 g/kg/día durante el primer día posnatal. ✓ Aumentar de 0,5 a 1,0 g/kg/día hasta un máximo de 4,0 g/kg/día entre las 72 y 96 horas posnatales.
Proporcionar glucosa intravenosa adecuada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limitar la velocidad a 12 mg/kg/min (límite ideal: 8,3 mg/kg/min).
Optimizar la ingesta parenteral temprana de calcio y fósforo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En la primera semana posnatal: Ca parenteral 32-80 mg/kg/día y P 31-62 mg/kg/día. ✓ Después de la primera semana posnatal: Ca parenteral 100-140 mg/kg/día y P 77-108 mg/kg/día.
Proporcionar cantidades adecuadas de vitaminas liposolubles por vía intravenosa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vitamina A (retinol): 227-455 µg/kg/día o 700-1500 UI/kg/día. ✓ Vitamina E (α-tocoferol): 2,8-3,5 UI/kg/día.
Proporcionar oligoelementos intravenosos adecuados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En particular zinc: 400-500 µg/kg/día.
Iniciar alimentación enteral temprana	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciar calostro orofaríngeo. ✓ Iniciar alimentación enteral mínima (12 a 24 ml/kg/día) en las primeras horas de vida. ✓ Utilizar preferentemente leche materna o leche humana donada como segunda opción.

Fuente: Adaptado de Miller AN, Curtiss J, Taylor SN, Backes CH, Kielt MJ. A review and guide to nutritional care of the infant with established bronchopulmonary dysplasia. *J Perinatol.* 2023;43(3):402-10.

a corticosteroides sistémicos.²¹⁻²³ Los recién nacidos expuestos tienen más probabilidades de tener una menor velocidad de aumento de peso y menor crecimiento lineal.^{2,24,25}

El uso de corticosteroides sistémicos aumenta el catabolismo de las proteínas y altera el metabolismo de los lípidos, lo que puede provocar un aumento de la masa grasa y una menor masa corporal magra.^{26,27}

Alimentación oral

Las dificultades para la alimentación oral contribuyen aún más a una nutrición y un crecimiento subóptimos en los recién nacidos con DBP.²⁸ Estos pacientes se enfrentan a situaciones clínicas complejas, se encuentran muy invadidos, por lo cual su oralidad está comprometida, con rechazo de la succión y falta de coordinación succión-deglución que impacta en una nutrición subóptima.

Los recién nacidos con DBP tienen un aumento de las degluciones con apnea durante la alimentación oral en comparación con aquellos sin DBP y tienen más episodios de desaturación durante la alimentación oral en comparación con los recién nacidos a término.²⁹

Los pacientes con antecedentes de ventilación mecánica prolongada tienen riesgo de intolerancia alimentaria debido a edema de las vías respiratorias, tejido de granulación, estenosis subglótica o inflamación que también puede afectar la función gastrointestinal.³⁰ La lesión pulmonar relacionada con la DBP produce una disminución de la resistencia a la alimentación oral, un mayor tiempo para lograr una alimentación oral completa y un mayor riesgo de gastrostomía quirúrgica.^{30,31}

El reflujo gastroesofágico es un problema frecuente en los recién nacidos que padecen DBP.²⁹

Los recién nacidos que desarrollan DBP, tienen taquipnea, más episodios de saturaciones bajas, mala coordinación entre la succión y la deglución y poca resistencia y rendimiento en la succión. También presentan episodios recurrentes de tos, sibilancias, vómitos y asfixia.¹

PRINCIPIOS DE MANEJO DE LA NUTRICIÓN

Líquidos

En los recién nacidos prematuros con peso extremadamente bajo al nacer (PEBN) en las primeras semanas de vida, la ingesta excesiva de líquidos por encima de 150 ml/kg por día se asocia con un mayor riesgo de desarrollar DBP.³²

Una mayor entrega de líquido contribuye a un mayor edema intersticial pulmonar, lo que lleva a una menor distensibilidad pulmonar, y necesidad de mayor soporte respiratorio.³³ Sin embargo, faltan estudios que determinen la ingesta óptima de líquidos para recién nacidos con DBP establecida y, según una revisión Cochrane, no hay evidencia que respalde la práctica de la restricción de líquidos en pacientes con DBP.³³ La ingesta de líquidos debe individualizarse con cuidado para evitar el exceso de agua libre, asegurar un equilibrio adecuado de líquidos y mantener concentraciones séricas normales de electrolitos.^{34,35}

Un enfoque razonable es comenzar con una ingesta de líquidos que no supere los 80-100 ml/kg en el primer día posnatal, con un aumento progresivo posterior, hasta un máximo de 135-150 ml/kg/día. En neonatos con DBP establecida, puede ser necesaria una restricción de 135 ml/kg/día, o menos, en casos graves.^{13,36-38}

Energía

Como el diagnóstico de DBP suele hacerse a los 28 días de vida o las 36 semanas de edad gestacional, no es posible intentar prevenir el retraso del crecimiento postnatal lo suficientemente pronto, ya que esta afección puede provocar déficits de nutrientes de los que puede ser difícil recuperarse; se debe hacer todo lo que está al alcance, ya que los pacientes deberían crecer lo más adecuadamente posible aun en situaciones adversas.²

En los neonatos con DBP, un estado de mayor trabajo respiratorio y respuesta inflamatoria, junto con el proceso de daño/reparación pulmonar, se caracteriza por un mayor consumo de energía.¹⁵

Esta energía debe proporcionarse con una ingesta restringida de líquidos, ya que la sobrecarga de líquidos puede causar edema pulmonar, lo que puede disminuir la distensibilidad pulmonar y aumentar la resistencia de las vías respiratorias.⁴⁰

A menudo se informa que los recién nacidos con DBP establecida necesitan entre 120 y 150 kcal/kg/día para apoyar el crecimiento, y algunos recién nacidos requieren más de 150 kcal/kg/día.^{2,41,42}

El gasto energético diario total es un 16 % mayor en los neonatos con DBP en comparación con el de los controles emparejados. Además, entre los neonatos con DBP establecida, el gasto de energía está fuertemente asociado con la frecuencia respiratoria y la fracción de oxígeno inspirado. Meer et al. encontraron que los neonatos con DBP requieren una ingesta de energía adi-

cional de 7,5 kcal/kg/día por cada 10 respiraciones/min adicionales más allá de 60 respiraciones/min.⁴³ Para intentar disminuir el aumento del metabolismo basal se deben recomendar estrategias como el COPAP, manejo del malestar y del dolor.

Proteína

La ingesta adecuada de proteínas es necesaria para el crecimiento lineal, la reparación de lesiones pulmonares y el desarrollo pulmonar.²⁸

Los recién nacidos con DBP tienen mayores requerimientos proteicos que los recién nacidos de la misma edad sin DBP.⁴⁴ Las recomendaciones actuales sugieren que los recién nacidos prematuros que pesan entre 1500 y 2000 g reciban 3 a 4 g/kg/día de proteína enteral, y aquellos que pesan entre 2000 y 2500 g reciban 2,5 a 3,5 g/kg/día.⁴⁵⁻⁴⁷

Vitaminas y minerales

Los metabolitos de la vitamina A son esenciales para el desarrollo pulmonar y en modelos animales influyen en la formación y el mantenimiento de los alvéolos.^{45,48}

La vitamina D también es importante para el desarrollo pulmonar; promueve la alveolarización y mitiga la lesión pulmonar en modelos animales.⁴⁹ Si bien existe cierta evidencia que respalda la suplementación con vitamina A y vitamina D para la prevención de la DBP, faltan datos sobre la asociación de la suplementación con vitaminas en los resultados respiratorios de los recién nacidos con DBP establecida.

La vitamina E es otro antioxidante que neutraliza los radicales libres y protege las membranas celulares del daño oxidativo.⁵⁰

La deficiencia de tocoferol puede empeorar el efecto de la toxicidad del oxígeno en el tejido pulmonar y su suplementación puede tener un efecto protector en los pulmones prematuros.³⁸

En neonatos prematuros se informó una fuerte correlación entre la DBP y los niveles bajos de vitamina E y selenio en plasma medidos en el plasma del cordón umbilical y en el tercer día posnatal.⁵¹

Sin embargo, en neonatos prematuros no se demostró que la suplementación con vitamina E durante la fase aguda del tratamiento para el síndrome de dificultad respiratoria modificara el desarrollo de la DBP.⁵²

El zinc es un oligoelemento esencial y un cofactor para la síntesis de proteínas, la reparación y el crecimiento.⁵³ Recién nacidos con DBP establecida tienen riesgo de deficiencia de zinc.⁵⁴ Un estudio prospectivo encontró que los recién nacidos prematuros con DBP tenían concentraciones séricas de zinc más bajas en la edad post menstrual a término en comparación con aquellos sin DBP.⁵⁴

En una revisión retrospectiva de la historia clínica, Shaikhkhalil et al. encontraron que la suplementación enteral con zinc durante un mínimo de 14 días en lactantes con peso extremadamente bajo al nacer, con DBP y una baja tasa de aumento de peso, a pesar de la optimización de la ingesta de energía y proteínas, tuvo aumentos estadísticamente significativos tanto en el aumento promedio como en la tasa de ganancia lineal de peso. Además, 6 semanas después de la suplementación, los progresos en el aumento de peso y el crecimiento lineal siguieron siendo significativos.⁵⁵

Se utilizan suplementos de zinc en pacientes con falla de crecimiento en el contexto de una nutrición optimizada, recién nacidos que reciben leche materna de

Tabla 2. Recomendaciones de vitaminas y minerales para neonatos con displasia broncopulmonar establecida

Nutrientes enterales	Recomendación para prematuros (hasta 40 semanas de edad postnatal)	Recomendación para recién nacidos de término (0 a 6 meses)
Calcio	120 - 220 mg/kg/día	210 mg/kg/día
Fósforo	70 - 120 mg/kg/día	100 mg/kg/día
Hierro	1 - 3 mg/kg/día	0,27 mg/día
Sodio	69 - 115 mg/kg/día	0,12 g/día
Vitamina D	400 - 1000 UI/día	400 UI/día
Zinc	2 - 3 mg/kg/día	2 mg/día

Fuente: Miller AN, Curtiss J, Taylor SN, Backes CH, Kiehl MJ. A review and guide to nutritional care of the infant with established bronchopulmonary dysplasia. *J Perinatol.* 2023;43(3):402-10.

donante y pacientes con pérdidas elevadas por heces. También en recién nacidos que reciben apoyo diurético a largo plazo, ya que los diuréticos pueden aumentar la excreción de zinc.⁵⁶

Miller et al. recomiendan utilizar acetato de zinc oral compuesto, en una concentración de 10 mg/ml, a menudo recetado en dosis de 1 mg dos veces al día durante la hospitalización, e interrumpir la suplementación con zinc cuando se suspende la terapia con diuréticos y el crecimiento muestra una mejora constante.⁵⁷ Se debe tener en cuenta que en la práctica diaria es más frecuente utilizar sulfato de zinc.

Los neonatos prematuros tienen niveles bajos de selenio (SE) ya que su transferencia a través de la placenta se produce principalmente durante el tercer trimestre del embarazo. La Sociedad Estadounidense de Nutrición Clínica (ASCN) recomienda una ingesta parenteral de Se de 2 µg/kg/día y el Comité de Nutrición de la Academia Estadounidense de Pediatría recomienda el suministro de Se enteral de 1,3 a 4,5 µg/kg/día en recién nacidos prematuros.⁵⁸

La *Tabla 2* contiene una síntesis de las recomendaciones sobre el aporte de vitaminas y minerales para recién nacidos con DPB.

FASES DEL CUIDADO NUTRICIONAL EN LA DISPLASIA BRONCOPULMONAR ESTABLECIDA

El enfoque del manejo nutricional de los recién nacidos con DBP grave considera cómo la gravedad de la enfermedad, el nivel de soporte respiratorio, la edad y el nivel de actividad de un individuo influyen en las necesidades nutricionales. El manejo nutricional para cada paciente es individualizado y enfocado en proporcionar calorías, proteínas, vitaminas y minerales adecuados para satisfacer las necesidades nutricionales cambiantes de cada recién nacido a lo largo de las fases de la DBP.

• Fase I - Aguda

La primera fase de la DBP grave se caracteriza por inestabilidad fisiológica con un alto requerimiento de oxígeno, desaturaciones frecuentes, aumento del trabajo respiratorio y pobre regulación neurológica. Los recién nacidos en esta fase pueden requerir dosis altas de corticosteroides y sedación.⁵⁹ El crecimiento en la fase aguda se caracteriza por un crecimiento lineal deficiente y tendencias de peso variables que pueden representar una ganancia excesiva de líquido.

Dependiendo de la gravedad de la enfermedad, el tiempo transcurrido en la fase aguda puede durar entre 1 y 6 meses.⁵⁹

• Fase II - Transición

Esta fase se caracteriza por una retirada del oxígeno suplementario, a menudo con necesidades del 60 % o menos, y una mejora del trabajo respiratorio general. Estos niños toleran breves períodos de alerta tranquila y actividades de bajo nivel. En esta fase generalmente se observa la discontinuación de cualquier corticosteroide o medicamento neurosedante.⁵⁹ El crecimiento lineal sigue siendo lento al principio de la fase II y comienza a mejorar más tarde en esta fase a medida que el estado respiratorio del niño se vuelve más estable.

• Fase III - Pro-crecimiento

La tercera fase de la DBP grave se caracteriza por un requerimiento de oxígeno más bajo y estable, un trabajo respiratorio cómodo y la capacidad de retirar el soporte respiratorio. Estos niños son capaces de tolerar actividades apropiadas para su edad y progresar en sus habilidades de desarrollo.⁵⁹ En esta fase, el crecimiento lineal proporcional mejora consistentemente al igual que las tendencias de peso por longitud.

El crecimiento lineal en pacientes con DBP se asocia con un destete exitoso del soporte respiratorio y mejora de la función pulmonar.^{60,61}

SELECCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN

En la *Tabla 3* se muestra el manejo nutricional en lactantes con displasia broncopulmonar establecida, ya sea en el hospital o después del alta.

La leche humana se recomienda como fuente ideal de nutrición para todos los lactantes. La leche materna ofrece numerosos beneficios protectores y se ha asociado con una menor incidencia de desarrollo de DBP.^{62,63}

Un estudio en neonatos con DBP establecida, demostró que aquellos que recibieron leche materna a largo plazo tuvieron menos ciclos de corticosteroides sistémicos, menos visitas a la sala de emergencias, menor riesgo de reingresos y de tos.⁶⁴

Se recomienda el suministro exclusivo de leche materna, preferiblemente utilizando leche materna fresca, en el tratamiento de recién nacidos en las primeras etapas de la DBP.⁶⁵

Se ha sugerido la fortificación individualizada de la leche humana, como la fortificación ajustada y la fortificación objetivo para cubrir los requerimientos.³²

Si no se dispone de leche de la propia madre o leche humana pasteurizada de banco de leche, se recomiendan fórmulas para lactantes prematuros debido a su mayor concentración de proteínas, minerales y vitaminas. A medida que el lactante se acerca a la edad de término, o poco después, se pueden utilizar fórmulas posteriores al alta, ya que contienen mayores cantidades de energía, proteínas, minerales y vitaminas en comparación con las fórmulas para lactantes a término.⁶⁶

Si se necesitan calorías adicionales además de la fortificación, se puede agregar un módulo lipídico y/o proteico, con un estrecho seguimiento de la relación energía/proteína y la osmolalidad.⁶⁷

MONITOREO DE LABORATORIO

Las pruebas de laboratorio pueden ayudar a evaluar mejor el estado nutricional, especialmente en los neonatos a los que se les prescribe restricción de líquidos, diuréticos y suplementos vitamínicos y minerales seleccionados. Es necesaria la monitorización de electrolitos en los lactantes que reciben tratamiento con diuréticos; a menudo requieren suplementos de cloruro de sodio y potasio. Se pueden utilizar pruebas de laboratorio adicionales, como mediciones de nitrógeno ureico en sangre o mediciones de prealbúmina, para controlar la ingesta de proteínas.^{32,68}

Los niveles de proteína visceral, como la albúmina, pueden reflejar la gravedad de la enfermedad versus el estado nutricional y pueden confundirse con el estrés posquirúrgico, la enfermedad hepática y la lesión renal. Si existe preocupación por la deficiencia de hierro, también se pueden controlar la ferritina, la hemoglobina y el hematocrito.⁶⁹

Tabla 3. Manejo nutricional en lactantes con displasia broncopulmonar establecida, ya sea en el hospital o después del alta³²

INTERVENCIÓN	
Restricción de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menos de 150 ml/kg/día. ✓ Idealmente, hasta 135 ml/kg/día.
Optimizar la ingesta de energía enteral	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Idealmente, 120-150 kcal/kg/día.
Optimizar la ingesta de proteínas enterales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <1000 g de peso corporal: 4,0-4,5 g/kg/día. ✓ 1000-1800 g de peso corporal: 3,5-4,0 g/kg/día.
Optimizar la ingesta de lípidos enterales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ingesta total de lípidos: 4,8-6,6 g/kg/día. ✓ Ácido araquidónico: 12 a 30 mg/kg/día. ✓ Ácido docosahexaenoico: 18 a 42 mg/kg/día.
Optimizar la ingesta enteral de calcio y fosfato	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ca: 120-220 mg/kg/día. ✓ P: 70-120 mg/kg/día.
Optimizar la ingesta de sodio si se utilizan diuréticos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar suplemento de sodio para mantener un Na sérico >135 mEq/L.
Optimizar la ingesta enteral de vitamina A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 400-1000 µg/kg/día o 1320-3300 UI/kg/día.
Optimizar la vitamina E enteral (α-tocoferol)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ingesta: 2,2 a 11 mg/kg/día.
Hierro suplementario	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 4 mg/kg/día, desde las 4 a 8 semanas posnatales hasta los 12 meses de vida.

Fuente: Rocha G, Guimarães H, Pereira-da-Silva L. The Role of Nutrition in the Prevention and Management of Bronchopulmonary Dysplasia: A Literature Review and Clinical Approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6245.

ENFERMEDAD METABÓLICA ÓSEA

Los recién nacidos con DBP tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedad metabólica ósea (EMO) y se estima que la prevalencia en recién nacidos con DBP llega al 60 % a las 36 semanas de edad post concepcional.⁷⁰

Los recién nacidos con DBP expuestos a diuréticos de asa durante más de 2 semanas tienen un mayor riesgo de sufrir EMO.⁷¹ Los diuréticos de asa aumentan la excreción renal de calcio y causan elevación de los niveles circulantes de hormona paratiroidea, lo que resulta en hipofosfatemia.⁷⁰ El uso de corticosteroides aumenta el riesgo de EMO al causar una disminución de la absorción de calcio y una retención deficiente de calcio y fósforo.¹⁸

Las consecuencias de la EMO incluyen dolor y malestar a corto plazo, así como implicaciones para el crecimiento a largo plazo, como una reducción de la masa ósea y un mayor riesgo de fracturas y osteoporosis. Se recomiendan exámenes de detección de rutina para neonatos en riesgo e incluyen concentraciones séricas de fosfatasa alcalina, calcio y fósforo.⁷²⁻⁷⁵

REFERENCIAS

1. Miller AN, Curtiss J, Taylor SN, Backes CH, Kielt MJ. A review and guide to nutritional care of the infant with established bronchopulmonary dysplasia. *J Perinatol*. 2023;43(3):402-410.
2. Poindexter BB, Martin CR. Impact of Nutrition on Bronchopulmonary Dysplasia. *Clin Perinatol*. 2015;42(4):797-806.
3. Arigliani M, Spinelli AM, Liguoro I, Cogo P. Nutrition and Lung Growth. *Nutrients*. 2018;10(7):919.
4. Moya F. Preterm nutrition and the lung. *World Rev Nutr Diet*. 2014;110:239-52.
5. Piersigilli F, Van Grambezen B, Hocq C, Danhaive O. Nutrients and Microbiota in Lung Diseases of Prematurity: The Placenta-Gut-Lung Triangle. *Nutrients*. 2020;12(2):469.
6. Ma L, Zhou P, Neu J, Lin HC. Potential Nutrients for Preventing or Treating Bronchopulmonary Dysplasia. *Paediatr Respir Rev*. 2017;22:83-88.
7. Natarajan G, Johnson YR, Brozanski B, Farrow KN, Zaniletti I, Padula MA, et al. Postnatal Weight Gain in Preterm Infants with Severe Bronchopulmonary Dysplasia. *Am J Perinatol*. 2014;31(3):223-30.
8. Northway WH Jr, Moss RB, Carlisle KB, Parker BR, et al. Late pulmonary sequelae of bronchopulmonary dysplasia. *N Engl J Med*. 1990;323(26):1793-9.
9. Mataloun MM, Leone CR, Mascaretti RS, Dohnnikoff M, Rebello CM. Effect of postnatal malnutrition on hyperoxia-induced newborn lung development. *Braz J Med Biol Res*. 2009;42(7):606-13.
10. Frank L, Sosenko IR. Undernutrition as a major contributing factor in the pathogenesis of bronchopulmonary dysplasia. *Am Rev Respir Dis*. 1988;138(3):725-9.
11. Abman SH, Collaco JM, Shepherd EG, Keszler M, et al. Interdisciplinary Care of Children with Severe Bronchopulmonary Dysplasia. *J Pediatr*. 2017;181:12-28.e1.
12. Jensen EA, Dysart K, Gantz MG, McDonald S, et al. The Diagnosis of Bronchopulmonary Dysplasia in Very Preterm Infants. An Evidence-based Approach. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(6):751-759.
13. Barrington KJ, Fortin-Pellerin E, Pennaforte T. Fluid restriction for treatment of preterm infants with chronic lung disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(2):CD005389.

CONCLUSIÓN

La ingesta de nutrientes y las prácticas nutricionales parecen tener un impacto importante no sólo en las morbilidades respiratorias a corto plazo, sino también en los resultados pulmonares a largo plazo.

Un enfoque nutricional adecuado para los recién nacidos prematuros con DBP implica una nutrición parenteral agresiva temprana mientras se inicia la alimentación trófica y se avanza hacia la nutrición enteral total lo antes posible. Para proporcionar un alto aporte de energía y nutrientes en un volumen bajo de tomas, es necesaria la fortificación de la leche materna. Cuando la leche humana es insuficiente se prefieren fórmulas enriquecidas con alta densidad de energía y nutrientes.

La planificación del apoyo nutricional después del alta requiere un enfoque multidisciplinario para los múltiples problemas clínicos que enfrentan estos neonatos.

14. Uberos J, Jimenez-Montilla S, Molina-Oya M, García-Serrano JL. Early energy restriction in premature infants and bronchopulmonary dysplasia: a cohort study. *Br J Nutr.* 2020;123(9):1024-1031.
15. Principi N, Di Pietro GM, Esposito S. Bronchopulmonary dysplasia: clinical aspects and preventive and therapeutic strategies. *J Transl Med.* 2018;16(1):36.
16. Roberts K, Stepanovich G, Bhatt-Mehta V, Donn SM. New Pharmacologic Approaches to Bronchopulmonary Dysplasia. *J Exp Pharmacol.* 2021;13:377-396.
17. Wassner SJ. Altered growth and protein turnover in rats fed sodium-deficient diets. *Pediatr Res.* 1989;26(6):608-13.
18. Curtiss J, Zhang H, Griffiths P, Shepherd EG, Lynch S. Nutritional Management of the Infant With Severe Bronchopulmonary Dysplasia. *NeoReviews.* 2015;16(12):e674-e679.
19. Park JS, Jeong SA, Cho JY, Seo JH, et al. Risk Factors and Effects of Severe Late-Onset Hyponatremia on Long-Term Growth of Prematurely Born Infants. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2020;23(5):472-483.
20. Hansmann G, Sallmon H, Roehr CC, Kourembanas S, et al. Pulmonary hypertension in bronchopulmonary dysplasia. *Pediatr Res.* 2021;89(3):446-455.
21. Bamat NA, Kirpalani H, Feudtner C, Jensen EA, et al. Medication use in infants with severe bronchopulmonary dysplasia admitted to United States children's hospitals. *J Perinatol.* 2019;39(9):1291-1299.
22. Kielt MJ, Logan JW, Backes CH, Conroy S, et al. Noninvasive Respiratory Severity Indices Predict Adverse Outcomes in Bronchopulmonary Dysplasia. *J Pediatr.* 2022;242:129-136.e2.
23. Lewis T, Truog W, Nelin L, Napolitano N, McKinney RL. Pharmacoepidemiology of Drug Exposure in Intubated and Non-Intubated Preterm Infants With Severe Bronchopulmonary Dysplasia. *Front Pharmacol.* 2021;12:695270.
24. Leitch CA, Ahlrichs J, Karn C, Denne SC. Energy Expenditure and Energy Intake During Dexamethasone Therapy for Chronic Lung Disease. *Pediatr Res.* 1999;46(1):109-13.
25. Van Goudoever JB, Wattimena JD, Carnielli VP, Sulkers EJ, et al. Effect of dexamethasone on protein metabolism in infants with bronchopulmonary dysplasia. *J Pediatr.* 1994;124(1):112-8.
26. Appel B, Fried SK. Effects of insulin and dexamethasone on lipoprotein lipase in human adipose tissue. *Am J Physiol.* 1992;262(5 Pt 1):E695-699.
27. Hauner H, Schmid P, Pfeiffer EF. Glucocorticoids and insulin promote the differentiation of human adipocyte precursor cells into fat cells. *J Clin Endocrinol Metab.* 1987;64(4):832-5.
28. Bauer SE, Huff KA, Vanderpool CPB, Rose RS, Cristea AI. Growth and nutrition in children with established bronchopulmonary dysplasia: A review of the literature. *Nutr Clin Pract.* 2022;37(2):282-298.
29. Wang LY, Luo HJ, Hsieh WS, Hsu CH, et al. Severity of bronchopulmonary dysplasia and increased risk of feeding desaturation and growth delay in very low birth weight preterm infants. *Pediatr Pulmonol.* 2010;45(2):165-73.
30. Malkar MB, Gardner W, Welty SE, Jadcherla SR. Antecedent Predictors of Feeding Outcomes in Premature Infants With Prolonged Mechanical Ventilation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015;61(5):591-5.
31. Hatch LD, Scott TA, Walsh WF, Goldin AB, et al. National and Regional Trends in Gastrostomy in Very Low Birth Weight Infants in the US: 2000-2012. *J Perinatol.* 2018;38(9):1270-1276.
32. Rocha G, Guimarães H, Pereira-da-Silva L. The Role of Nutrition in the Prevention and Management of Bronchopulmonary Dysplasia: A Literature Review and Clinical Approach. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(12):6245.
33. Bozzetti V, De Angelis C, Tagliabue PE. Nutritional approach to preterm infants on noninvasive ventilation: An update. *Nutrition.* 2017;37:14-17.
34. Oh W. Fluid and electrolyte management of very low birth weight infants. *Pediatr Neonatol.* 2012;53(6):329-33.

35. Sweet DG, Carnielli V, Greisen G, Hallman M, et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome - 2019 Update. *Neonatology*. 2019;115(4):432-450.
36. Bell EF, Warburton D, Stonestreet BS, Oh W. Effect of fluid administration on the development of symptomatic patent ductus arteriosus and congestive heart failure in premature infants. *N Engl J Med*. 1980;302(11):598-604.
37. Guo MM, Chung CH, Chen FS, Chen CC, et al. Severe bronchopulmonary dysplasia is associated with higher fluid intake in very low-birth-weight infants: a retrospective study. *Am J Perinatol*. 2015;30(2):155-62.
38. Zhang R, Lin XZ, Chang YM, Liu XH, et al. [Expert consensus on nutritional management of preterm infants with bronchopulmonary dysplasia]. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2020;22(8):805-814. Chinese.
39. Stokowski LA. Fundamentals of phototherapy for neonatal jaundice. *Adv Neonatal Care*. 2006;6(6):303-12.
40. Bose C, Van Marter LJ, Laughon M, O'Shea TM, et al. Fetal growth restriction and chronic lung disease among infants born before the 28th week of gestation. *Pediatrics*. 2009;124(3):e450-458.
41. Biniwale MA, Ehrenkranz RA. The role of nutrition in the prevention and management of bronchopulmonary dysplasia. *Semin Perinatol*. 2006;30(4):200-8.
42. Denne SC. Energy expenditure in infants with pulmonary insufficiency: is there evidence for increased energy needs? *J Nutr*. 2001;131(3):935S-937S.
43. de Meer K, Westerterp KR, Houwen RH, Brouwers HA, et al. Total energy expenditure in infants with bronchopulmonary dysplasia is associated with respiratory status. *Eur J Pediatr*. 1997;156(4):299-304.
44. Groothuis JR, Makari D. Definition and outpatient management of the very low-birth-weight infant with bronchopulmonary dysplasia. *Adv Ther*. 2012;29(4):297-311.
45. Agostoni C, Buonocore G, Carnielli VP, De Curtis M, et al. Enteral nutrient supply for preterm infants: commentary from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010;50(1):85-91.
46. Fenton TR, Groh-Wargo S, Gura K, Martin CR, et al. Effect of Enteral Protein Amount on Growth and Health Outcomes in Very-Low-Birth-Weight Preterm Infants: Phase II of the Pre-B Project and an Evidence Analysis Center Systematic Review. *J Acad Nutr Diet*. 2021;121(11):2287-2300.e12.
47. Thomas N. Nutritional care of preterm infants: Scientific basis and practical guidelines. *Indian J Med Res*. 2016;143(4):531-532.
48. Massaro D, Massaro GD. Retinoids, alveolus formation, and alveolar deficiency: clinical implications. *Am J Respir Cell Mol Biol*. 2003;28(3):271-4.
49. Mandell E, Seedorf G, Gien J, Abman SH. Vitamin D treatment improves survival and infant lung structure after intra-amniotic endotoxin exposure in rats: potential role for the prevention of bronchopulmonary dysplasia. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol*. 2014;306(5):L420-428.
50. Lee GY, Han SN. The Role of Vitamin E in Immunity. *Nutrients*. 2018;10(11):1614.
51. Falciglia HS, Johnson JR, Sullivan J, Hall CF, et al. Role of antioxidant nutrients and lipid peroxidation in premature infants with respiratory distress syndrome and bronchopulmonary dysplasia. *Am J Perinatol*. 2003;20(2):97-107.
52. Ehrenkranz RA, Ablow RC, Warshaw JB. Effect of vitamin E on the development of oxygen-induced lung injury in neonates. *Ann N Y Acad Sci*. 1982;393:452-66.
53. Terrin G, Berni Canani R, Di Chiara M, Pietravalle A, et al. Zinc in Early Life: A Key Element in the Fetus and Preterm Neonate. *Nutrients*. 2015;7(12):10427-46.
54. Vázquez-Gomis R, Bosch-Gimenez V, Juste-Ruiz M, Vázquez-Gomis C, et al. Zinc concentration in preterm newborns at term age, a prospective observational study. *BMJ Paediatr Open*. 2019;3(1):e000527.
55. Shaikhkhalil AK, Curtiss J, Puthoff TD, Valentine CJ. Enteral zinc supplementation and growth in extremely-low-birth-weight infants with chronic lung disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(2):183-7.

56. Cohen N, Golik A. Zinc balance and medications commonly used in the management of heart failure. *Heart Fail Rev.* 2006;11(1):19-24.
57. Miller AN, Curtiss J, Kielt MJ. Nutritional Needs of the Infant with Bronchopulmonary Dysplasia. *NeoReviews.* 2024;25(1):e12-e24.
58. Tindell R, Tipple T. Selenium: implications for outcomes in extremely preterm infants. *J Perinatol.* 2018;38(3):197-202.
59. Logan JW, Lynch SK, Curtiss J, Shepherd EG. Clinical phenotypes and management concepts for severe, established bronchopulmonary dysplasia. *Paediatr Respir Rev.* 2019;31:58-63.
60. Miller AN, Moise AA, Cottrell L, Loomis K, et al. Linear growth is associated with successful respiratory support weaning in infants with bronchopulmonary dysplasia. *J Perinatol.* 2022;42(4):544-5.
61. Sanchez-Solis M, Perez-Fernandez V, Bosch-Gimenez V, Quesada JJ, Garcia-Marcos L. Lung function gain in preterm infants with and without bronchopulmonary dysplasia. *Pediatr Pulmonol.* 2016;51(9):936-42.
62. Huang J, Zheng Z, Zhao XY, Huang LH, et al. Short-term effects of fresh mother's own milk in very preterm infants. *Matern Child Nutr.* 2023;19(1):e13430.
63. Xu Y, Yu Z, Li Q, Zhou J, et al. Dose-dependent effect of human milk on Bronchopulmonary dysplasia in very low birth weight infants. *BMC Pediatr.* 2020;20(1):522.
64. Kim LY, McGrath-Morrow SA, Collaco JM. Impact of breast milk on respiratory outcomes in infants with bronchopulmonary dysplasia. *Pediatr Pulmonol.* 2019;54(3):313-8.
65. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012;129(3):e827-841.
66. Morgan JA, Young L, McCormick FM, McGuire W. Promoting growth for preterm infants following hospital discharge. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012;97(4):F295-298.
67. Anderson C, Hillman NH. Bronchopulmonary Dysplasia: When the Very Preterm Baby Comes Home. *Mo Med.* 2019;116(2):117-22.
68. Botrán M, López-Herce J, Mencía S, Urbano J, et al. Enteral nutrition in the critically ill child: comparison of standard and protein-enriched diets. *J Pediatr.* 2011;159(1):27-32.e1.
69. Ong C, Han WM, Wong JJ, Lee JH. Nutrition biomarkers and clinical outcomes in critically ill children: A critical appraisal of the literature. *Clin Nutr.* 2014;33(2):191-7.
70. Gaio P, Verlato G, Daverio M, Cavicchiolo ME, et al. Incidence of metabolic bone disease in preterm infants of birth weight <1250 g and in those suffering from bronchopulmonary dysplasia. *Clin Nutr ESPEN.* 2018;23:234-9.
71. Chen W, Zhang Z, Dai S, Xu L. Risk factors for metabolic bone disease among preterm infants less than 32 weeks gestation with Bronchopulmonary dysplasia. *BMC Pediatr.* 2021;21(1):235.
72. Chinoy A, Mughal MZ, Padidela R. Metabolic bone disease of prematurity: causes, recognition, prevention, treatment and long-term consequences. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2019;104(5):F560-6.
73. Abrams SA; Committee on Nutrition. Calcium and vitamin d requirements of enterally fed preterm infants. *Pediatrics.* 2013;131(5):e1676-1683.
74. Wood CL, Wood AM, Harker C, Embleton ND. Bone mineral density and osteoporosis after preterm birth: the role of early life factors and nutrition. *Int J Endocrinol.* 2013;2013:902513.
75. Pravia CI, Benny M. Long-term consequences of prematurity. *Cleve Clin J Med.* 2020;87(12):759-67.

Actualización

El abordaje desde la salud mental en la atención integral del embarazo y en el período posparto

The mental health approach in comprehensive pregnancy care and the postpartum period

A abordagem da saúde mental no cuidado integral da gravidez e no período pós-parto

Esp. Kelly Turcatti¹

RESUMEN

El artículo tiene como objetivo aproximarse a la temática de la atención integral en el embarazo y puerperio, mediante acciones psicosociales, basadas en evidencia científica. Se plantean diferentes conceptos de puerperio a partir de la salud mental, teniendo en cuenta la jerarquía del cuidado de la mujer y su recién nacido. Se asume que el acompañamiento favorece la desaparición de muchas molestias o patologías que surgen de la inexactitud del cuidado integral. El embarazo es una etapa en la cual la mujer sufre cambios a nivel biológico, psicológico y en su biósfera. El poner en marcha diferentes medidas de protección a la día-da, asegura el bienestar de ambos y de su entorno.

Palabras clave: embarazo; periodo posparto; relaciones materno-fetales; recién nacido; pandemias.

ABSTRACT

The article aims to approach the topic of comprehensive care in pregnancy and the postpartum period, through psychosocial interventions, based on scientific evidence. Different concepts of the puerperium are

proposed based on mental health, taking into account the hierarchy of care for the woman and her newborn. It is assumed that support favors the disappearance of many discomforts or pathologies that arise from the inaccuracy of comprehensive care. Pregnancy is a stage in which a woman undergoes changes at a biological and psychological level, and in her biosphere. Implementing different protection measures for the dyad ensures the well-being of both of them and their surroundings.

Keywords: pregnancy; postpartum period; infant, newborn; pandemics.

RESUMO

Este artigo tem como propósito explorar a questão do cuidado integral durante a gravidez e o puerpério, por meio de ações psicossociais fundamentadas em evidências científicas. São discutidos diferentes conceitos de puerpério a partir da perspectiva da saúde mental, levando em conta a importância do cuidado da mulher e do recém-na-

1. Especialista en Enfermería Neonatal. Licenciada en Enfermería. Especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Maestrando en Salud Mental. Servicio de Neonatología. Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay. Servicio de Neonatología. ORCID: 0000-0001-7426-3581

Correspondencia: turcattik@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 20 de febrero de 2024.

Aceptado: 18 de junio de 2024.

scido. Acompanhamento adequado pode aliviar muitos desconfortos e problemas que surgem de um cuidado integral inadequado. A gravidez é uma fase em que a mulher passa por mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Implementar diversas medidas de proteção à díade garante o bem-estar de ambos e do seu ambiente.

Palavras chave: gravidez; período do postpartum; relações materno-fetais; recém nascido; pandemias.

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n45.04>

Cómo citar: Turcatti K. El abordaje desde la salud mental en la atención integral del embarazo y en el periodo posparto. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2024;45:45-59.

INTRODUCCIÓN

La transición fetal a la neonatal se ve impactada por las prácticas realizadas durante el periparto, parto y posparto. Una práctica actualizada, asentada en evidencias científicas, aporta a una adaptación agradable del recién nacido (RN) a la vida extrauterina, y a su madre transitar por las diferentes etapas desde el gestar. La pandemia por Covid-19, ha traído desafíos para las mujeres embarazadas y las madres. Durante el embarazo y el parto, las medidas de prevención recomendadas para evitar la infección, el mantenerse en contacto con los entornos de atención médica, seguir las medidas de seguridad implementadas en los hospitales y centros de salud colaboraron en la contención de la propagación del virus de cierta forma. En general, la pandemia ha creado desafíos adicionales para la gestación, el parto y la maternidad, instaurando nuevas medidas de prevención. La atención de la salud inequívoca, con apoyo emocional y social armonioso es esencial para una experiencia saludable y positiva, antes y después del parto.

El puerperio o periodo postparto es una etapa de gran vulnerabilidad física y psíquica. La mujer se encuentra en una etapa de cambios que afecta a su cuerpo y su mente. Puede sufrir un agravamiento ante una situación no esperada, como el nacimiento de un bebé con una patología, o ante un nacimiento prematuro. La jerarquía del seguimiento en el embarazo, parto y puerperio tiene un impacto positivo en la familia. Una embarazada contenida y acompañada, reduce los niveles de temor, estrés y ansiedad; además, durante el acompañamiento el equipo de salud puede detectar malestares y atenderlos de forma oportuna, eficiente y eficaz, y así evitar complicaciones maternas, fetales y del RN.

Actualmente, la mujer está más empoderada en su sexualidad, suceso impuesto por la incorporación al universo profesional. El embarazo se ha postergado por la libertad presente en la mujer desde el punto de vista sexual, y por la elección de optar por ser madre.

Precedentemente, la maternidad era tomada como un proceso “desexualizado” dentro de un discurso ideologizado y, ante la presencia de la creencia religiosa facilitó el lugar a los prejuicios. En 1981 Beauvoir refiere que “la maternidad excluía la sexualidad de la mujer y durante el embarazo estaba extendido el mito de que las relaciones sexuales eran peligrosas y podrían afectar al feto”. En la actualidad las evidencias científicas, el empoderamiento de la mujer en diferentes roles y sus luchas, han transformado su lugar en la sociedad, como mujer y madre. Se incorporan políticas para mejorar la salud de la mujer. Los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) toman el compromiso de implementar la estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente¹ al aprobar la resolución WHA69.² (69° Asamblea Mundial de la Salud) en el año 2016. “La estrategia mundial para la salud de la mujer asume tres objetivos: sobrevivir (poner fin a la mortalidad prevenible), prosperar (garantizar la salud física y mental y el bienestar), y transformarse (ampliar los entornos propicios)”. Además, en el año 2017² los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), trabajando con los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), para el año 2030, adoptan la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030,³ en consonancia con la estrategia mundial.

En el 2015, murieron aproximadamente 2,7 millones de RN, y 2,6 millones nacieron muertos;⁴ ante estos datos, la embarazada y el RN necesitan una atención y tratamiento profesional, además de una infraestructura acorde en todo el territorio. Sin prejuicios o diferencias, todas las mujeres requieren del cuidado prenatal. La salud materna y la salud neonatal están fusionadas, de ahí la importancia de la atención especializada y humanizada durante la gestación, el parto, y el puerperio. Las muertes maternas y de RN se reducen con un tratamiento oportuno, y detectando las complicaciones presentes tras el parto. Las hemorragias son una de las primeras complicaciones luego del parto; en segundo lugar, están las infecciones, y en el tercero, la preeclampsia. En la primera se reduce el riesgo con una inyección de oxitocina inminentemente después del parto, en la segunda al reconocer los signos y síntomas precozmente, y con una higiene apropiada, y en la tercera, se reduce el riesgo al ser detectada a tiempo y con la administración de sulfa-

to de magnesio para impedir la eclampsia, que es una complicación mortal. Además, todas las mujeres tienen derecho al acceso y elección de una anticoncepción, con el fin de planificar los embarazos, evitar embarazos a temprana edad y embarazos no deseados. Tienen derecho a elegir la interrupción voluntaria del embarazo, según la legislación actual, velando por sus derechos y seguridad.⁵

La OMS define los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.⁶ Esta definición encierra y aísla políticas, programas, sistemas y normas, presentadas en muchos casos con diferencias entre grupos de una determinada población, dando lugar a inequidades; se resalta la necesidad de continuar con la implementación de prácticas para aumentar la equidad. Todas las mujeres deben recibir los servicios sanitarios en la etapa del puerperio, compensar los importantes cambios fisiológicos y psicológicos, y evitar las complicaciones que comprometen su salud y la salud del RN.

MARCO LEGAL EN URUGUAY

Con el fin de lograr una atención igualitaria, equitativa y objetiva por las diferentes instituciones, el personal sanitario debe estar al tanto del marco legal que ampara a la mujer desde la concepción. Algunas de las leyes y decretos son:

- Ley N° 18426 de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.⁷
- Ley N° 17386 de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento. “Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada por una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, por una especialmente entrenada para darle apoyo emocional”.⁸
- Decreto N° 339/019, artículo 14 sobre el parto humanizado: “Los prestadores de servicio de salud deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar que la atención de las mujeres durante la consulta preconcepcional, el embarazo, el nacimiento y el puerperio, así como de los/las recién nacidos/as, respete los principios del modelo asistencial humanizado-respetado, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública vigentes”.⁹

EL EMBARAZO

El embarazo es la etapa en la cual sucede la implantación del cigoto en el útero y se extiende hasta el momento del parto. Parafraseando la definición de la OMS, en 1996 definía “el parto normal como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El nacimiento es de forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional”.¹⁰

Tabla 1. Crisis del embarazo, considerada por autoras clásicas

Crisis normativa del desarrollo. Proceso que va más allá del parto.	Bibring y Valenstein, 1976 Benedeck, 1959
Período vulnerable de desequilibrio y reorganización.	Erikson, 1959
Reactivación de conflictos anteriores no resueltos.	Bibring y Valenstein, 1976
Cambios físicos y psíquicos profundos que confluyen en una adaptación y una nueva identidad mejorada o en una resolución neurótica de la personalidad.	Bibring, Benedeck, 1959 Bibring y Valenstein, 1976 Rubin, 1975
Fin de la mujer como unidad independiente e inicio de la relación madre-hijo.	Pines, 1972
La expresión de los conflictos en ese período favorece su resolución.	Bibring y Valenstein, 1976
La relación con la propia madre influye en la psicopatología y la sexualidad adultas.	Langer, 1978

Fuente: Fernández Lorenzo P, Olza I. Psicología del embarazo.¹¹

Desde el punto de vista emocional, desde 1959 diferentes autoras refieren que el embarazo es un período de crisis (Tabla 1).¹

La gestación, el nacimiento y los primeros momentos de vida, son sucesos significativos, trascendentales en casi todas las culturas. La Real Academia Española define a la cultura “como el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimiento y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.”. Falicov, en 1995, la define “como un conjunto de conductas y significados derivados de pertenecer simultáneamente y participar en diversos contextos culturales”. El embarazo, el sentir el bebé, el nacimiento, los primeros días de vida, son eventos significativos, y cada cultura lo aborda de forma particular, practicando diferentes cuidados a la día en el posparto. Vásquez, en 2002, afirmaba que “no es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que el de una cultura sea válido para las demás”. Hecho claramente demostrado en la pandemia por Covid-19, dónde cada país incorporó medidas para proteger a la embarazada. Una pandemia aumenta el riesgo de llevar a cabo prácticas clínicas no basadas en evidencia, que atentan contra el cuidado humanizado y centrado en el RN y la familia.

PARTO

El parto transcurre por tres fases: dilatación, expulsivo y alumbramiento.

“En la fase latente aparecen las contracciones uterinas, intensas, dolorosas, además el cuello uterino comienza a variar, aparece gradualmente un borramiento, progresando la dilatación lentamente hasta aproximadamente cinco centímetros en los primeros trabajos y subsecuentes trabajos de parto. En cuanto al período de dilatación activa, se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares, con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los cinco centímetros hasta la totalidad de la dilatación; como en la fase latente está presente en todos los trabajos de parto. Culminando esta fase, con la expulsión, y terminando con la fase del alumbramiento al salir la placenta”.¹¹

La experiencia del parto positiva es anhelada por las mujeres, el gozar de una experiencia que supere sus expectativas, creencias personales, familiares y socio-culturales. Esto incluye un nacimiento en un entorno sin riesgos a nivel clínico y psicológico. Con un acompañamiento seleccionado por la mujer y en continuidad con apoyo práctico y emocional durante el parto.

Además, contar con la presencia de un personal clínico amable y técnicamente competente.

Las mujeres tienen derecho a desear un trabajo de parto y parto fisiológicos; al mismo tiempo tienen derecho a tener el control, mediante la participación en la toma de decisiones simultáneamente con los profesionales. En consecuencia, es primordial no pensar solamente en las muertes maternas o en la morbilidad, sino en empoderar a la mujer en sus derechos de estar informada con el fin de reclamar sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Para ello, todo el personal de la salud deberá estar actualizado con los deberes y derechos de las mujeres.

El “modelo mundial de la atención durante el parto que propone la OMS, atiende a todos los dominios del marco de calidad de la atención de la OMS para la salud de la madre y del RN, situándolos en el centro de prestación de la atención” (Figura 1).¹²

La mujer debe recibir cuidados humanizados, con amabilidad y respeto, transversalmente en todas las etapas, centrados en el binomio y la familia. La comunicación será de acuerdo al nivel de entendimiento, e individualizada, efectiva, respetando culturas, costumbres e idioma. La información brindada será para empoderarlas, ante la presencia de eventos adversos que involucren su salud o la salud del RN, o simplemente para el disfrute de su nuevo rol. Es inminente que todos los prestadores de salud brinden seguridad, de forma integral durante el puerperio, que ofrezcan seguimiento e información sobre la lactancia materna, salud reproductiva, fertilidad, adaptación con el RN y su entorno.

PUERPERIO

El puerperio es el período en el cual se producen transformaciones funcionales, anatómicas y psíquicas, desde el momento posterior del parto hasta los 45-60 días posparto. Este es el tiempo que el organismo recupera las características anteriores al embarazo. El período posparto comienza inmediatamente después del nacimiento del recién nacido y la expulsión de la placenta y, continúa durante 6 a 8 semanas hasta que los cambios fisiológicos del embarazo regresen a la línea de base.¹³

Las etapas del puerperio clínicamente se dividen en diferentes momentos:

- Puerperio inmediato es el comprendido en las primeras 24 horas del nacimiento.

- Puerperio precoz abarca del 2° al 10° día posnatales.
- Puerperio alejado se extiende desde el día 11 hasta los 42 días luego del parto.
- Puerperio tardío comprende desde el día 43 hasta los 60 días posteriores al nacimiento. Dennis CL y col. en su libro *“Traditional postpartum practice and rituals: a qualitative systematic review”*, refieren que este período se extiende hasta los 364 días, ya que no todos los órganos regresan a los 60 días a su curso basal después del parto.

SALUD MENTAL EN EL PUERPERIO

Los cuidados ofrecidos en el puerperio deben tener como objetivo a la madre, al RN y a la familia; todos deberán recibir un cuidado humanizado. La comunicación efectiva es esencial, debe ser clara, entendible, tener en cuenta el idioma, la cultura, las costumbres y el nivel de educación. Se deberá empoderar a las mujeres en su autocuidado, en el cuidado del recién nacido y su familia. Desde el ingreso de la mujer a la institución, corresponderá brindar información sobre la adaptación con el RN, indagar sobre conocimientos, creencias y expectativas sobre la lactancia materna, sobre la salud reproductiva y todo su entorno.

En el puerperio la mujer se enfrenta con la responsabilidad de ser madre ante las demandas de su bebé, se presenta el establecimiento de la lactancia, conjuntamente con los reajustes hormonales; hay riesgos y complicaciones frecuentes. Es un período, según Erikson y Caplan, de crisis evolutiva, es la última etapa del proceso que abarca el embarazo y el parto. Ello involucra adaptaciones, cambios a nivel del cuerpo y la mente de la mujer, igualmente en su pareja y en el entorno. Hay transformaciones corporales que suceden en el organismo de una mujer, temores que se despiertan, ambivalencias, deseos, fantasías, que la confrontan a su identidad sexual femenina, a la manera como ha ido estableciendo sus relaciones sociales; la relación con su pareja, con sus padres, con su entorno, tienen que ver con su conducta al transcurrir el puerperio. En este período hay un desajuste físico y emocional que hace a la mujer endeble demandando atención del equipo interdisciplinario.

El puerperio es un período sensible a trastornos psiquiátricos, ocupando la depresión un 15 % a nivel mundial, y está presente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5)¹⁴ donde se refieren a la depresión como “Trastorno depresivo perinatal”. El manual para la

Figura 1. Representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto de la OMS



Fuente: Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.¹²

atención psicosocial de la depresión perinatal la define como “problemas de pensamiento, comportamiento y afrontamiento, al aparecer el estrés cotidiano, en el embarazo y nacimiento, afecta la manera de pensar y el comportamiento de las madres y le dificulta hacer frente a las tareas que conlleva la atención del bebé”.^{6,15}

LA DEPRESIÓN

La depresión puede ser clasificada en depresión puerperal leve, menor, mayor, y en la psicosis puerperal.

- La depresión puerperal leve o “*maternity blues*”: aparece en el 50 % al 70 % de las puérperas. Suele aparecer en el tercer día, con sensibilidad, llanto, cansancio, ansiedad y dificultad para dormir y atender a su hijo. Suele durar entre 3 o 4 días, o incluso horas, y requiere apoyo del entorno.
- La depresión puerperal menor aparece en las primeras semanas en el 10 % de las puérperas y puede durar entre dos a cinco meses. A lo descrito en la depresión puerperal leve se suman inseguridad, aparece insomnio, anorexia, además de la alteración del cuidado maternal y la relación con la pareja y el entorno. En esta fase se suma al apoyo del entorno la psicoterapia.
- La depresión puerperal mayor se desencadena como una depresión menor pero avanza a una depresión melancólica, florece la culpa, la ansiedad, y la imposibilidad de cuidar al recién nacido. Al tratamiento de la psicoterapia se suma el farmacológico y la hospitalización si es necesario.¹⁶

LA PSICOSIS PUERPERAL

La psicosis puerperal surge bruscamente en el tercero o décimo día después del parto. Aparecen cambios bruscos de humor, pasando de la tristeza a la euforia con ideación delirante. Es un cuadro grave con riesgos de suicidio e infanticidio. En este caso el tratamiento es farmacológico, a nivel hospitalario. Tiene una duración breve, pero con un gran impacto en la familia, requiere seguimiento y evaluación profesional.

Diversos estudios se realizaron con el fin de identificar los factores de riesgo. Castroviejo¹⁷ los resume en:

- Factores ligados a cambios biológicos, fisiológicos y funcionales.
- Factores ligados a acontecimientos del parto, la salud y las características del recién nacido.

- Factores ligados al entorno, factores familiares y socioculturales.
- Factores de índole psíquico y aspectos psicodinámicos.

Factores de riesgo

En el estudio descriptivo, cualitativo sobre “Percepciones de madres sobre vivencias de la maternidad y el cuidado del bebé”, los resultados obtenidos denotan la importancia de las redes de apoyo en el puerperio. Además, las dificultades citadas fueron la lactancia, la prematuridad y la carencia de ayuda, generando frustración en las madres. En cambio, la atención prenatal y el cuidado del RN aparecen como factores facilitadores.¹⁸ Un estudio descriptivo, transversal, realizado en Colombia sobre la “Prevalencia del riesgo de depresión en mujeres gestantes en el contexto de la pandemia por Covid-19” identificó la violencia intrafamiliar, la ausencia de red de apoyo, el temor de no contar con acompañante, de ser separadas de su bebé y el temor al contagio del virus y sus efectos en útero en el bebé o en el recién nacido.¹⁹

Krauskopf,²⁰ en 2020, presenta un cuadro con los factores de riesgo para la depresión durante el embarazo (Tabla 2). Mientras que Lancaster¹⁶ enseña como resultado de su estudio correlatos consistentemente relacionados con mayor riesgo de padecer depresión.

INTERVENCIONES EN EL EMBARAZO

La OMS publicó un manual donde recomienda diferentes intervenciones psicológicas y psicosociales a partir del embarazo hasta el décimo mes del recién nacido. A continuación, se enumeran las mismas.²¹⁻²³

1. Intervenciones psicológicas y sociales implementadas en el tratamiento de la depresión leve a moderada durante el embarazo y posparto.
2. Incorporar los principios generales de cuidado: comunicación sensible, clara y empática con la mujer y sus familiares, acompañado de apoyo social.
3. Proporcionar psicoeducación para evitar la sobremedicación.
4. Proporcionar psicoterapia cognitivo conductual, si está disponible.
5. Incorporar en la rutina diaria de la madre la actividad física estructurada, relajación y resolución de problemas.
6. Reactivar la red de apoyo social de la madre.

7. Considerar el bienestar psicológico y físico de la madre, junto con el vínculo madre-hijo durante este período.
8. Establecer la implementación de estrategias de promoción y prevención para la atención médica, social y de salud mental integrada de la mujer embarazada, desde la atención primaria de salud incorporando al equipo profesional multidisciplinario responsable de la atención materno-infantil. Además, en la evaluación, se puede utilizar la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS, por la sigla en inglés de Edinburgh Postnatal Depression Scale), que puede ser aplicada por todo el personal de la salud que esté en contacto con la madre, y así planificar diferentes intervenciones al detectar riesgo o depresión.

El puerperio al ser una etapa de renovación y conciliación fisiológica y psicológica, presenta una gran vulnerabilidad en la vida de la mujer y en el entorno familiar. Constituye un riesgo para la presentación de trastornos psicopatológicos. El cuidado de la mujer y

las intervenciones tempranas desde la concepción son fundamentales para la prevención y detección rápida de las mismas.

INTERVENCIONES EN EL NACIMIENTO

Al momento del nacimiento, se deberá observar al RN mientras se realiza el secado y se lo coloca sobre el torso de la madre en contacto con su piel, para favorecer el contacto directo entre la madre y el bebé. De este modo se protege el vínculo tempranamente, además de la regulación de la temperatura y de la lactancia materna.

Así, las intervenciones realizadas al bebé junto a su madre y/o familiar serán las más oportunas y eficaces. Complementarias a la atención recibida por el mismo equipo y en la misma institución mejoran los resultados sanitarios. La eficacia de la cobertura en el embarazo, parto y puerperio podría evitar muertes maternas y del RN. La Figura 2 representa el número de vidas que podrían salvarse desde el 2014 al 2025

Tabla 2. Factores de riesgo para la depresión

Ansiedad materna	La ansiedad tiene una fuerte relación con los síntomas depresivos durante el embarazo. En los estudios revisados por Lancaster et al. en el 2010, se encontraron correlaciones medias/altas entre ansiedad y depresión.
Eventos vitales	Los eventos vitales estresantes, como separación/divorcio, fallecimiento de un familiar, pérdida de empleo y otros eventos tienen una relación significativa con la presencia de la depresión antenatal.
Historia previa de depresión	Un predictor de la depresión antenatal es la presencia de diagnóstico previo.
Falta de apoyo	Red de apoyo social/familiar, especialmente de la pareja.
Violencia doméstica	Asociación media leve.
Deseo de embarazo	Embarazo no deseado. Asociación baja.
Relación de pareja	El no convivir con la pareja presenta una relación media con depresión antenatal.
Cobertura médica	Al tener coberturas médicas deficientes, hay un mayor riesgo de sufrir depresión, asociado al recibir el alta.
Nivel socioeconómico	Niveles bajos serían un factor de riesgo mayor. Asociación baja.
Factores que presentan resultados inconsistentes	Consumo de alcohol, tabaco, u otras sustancias, edad materna, historia obstétrica previa, raza/etnia de la madre.

Fuente: Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento.²⁰

con una cobertura universal de la atención (Asamblea Mundial de la Salud, 2014), abarcando la atención nutricional, la atención durante el embarazo, durante el parto, el nacimiento y la primera semana,²⁴ además de la atención del RN pequeño y enfermo.

Los cuidados maternos y del RN mejoran la adaptación fisiológica y psicológica con intervenciones sencillas, como son el escuchar, disipar dudas, informar, trabajar en conjunto y apoyar a la madre o al cuidador orientándolos respetando sus creencias, cultura y pensar. Las intervenciones con grandes impactos no requieren costos altos, como por ejemplo la lactancia materna y el método de madre canguro. En la *Figura 3* se detallan otras intervenciones, todas ellas eficaces en el servicio integral de la salud.²⁴

Según la OMS, el 75 % de las muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida. En las primeras 24 horas de vida 1 millón de RN mueren. En el 2017, las principales causas de muertes neonatales fueron los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto, las infecciones y los defectos congénitos.²⁵

En el alojamiento conjunto, son intervenciones esenciales en las primeras 24 horas, el promover la lactancia y el vínculo de apego. No siendo estas las únicas,

cualquier mediación que fortalezca el apego y la unión familiar es digna de tomarse en cuenta.

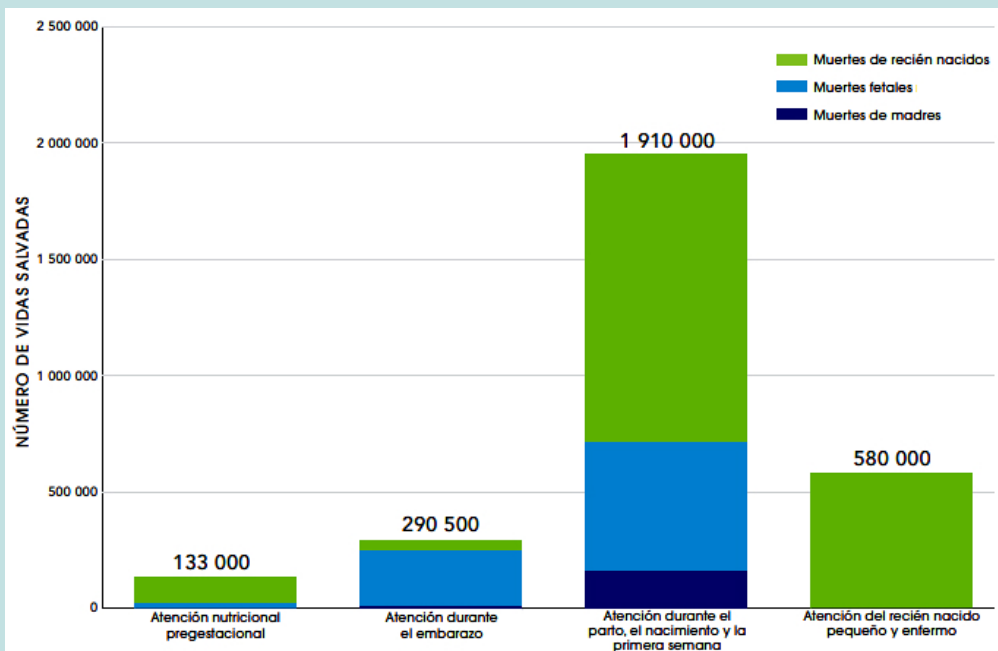
El período de transición es cursado sin dificultad por la mayoría de los RN, aun así, es importante detectar a tiempo signos que indiquen una mala adaptación a la vida extrauterina. El actuar prontamente minimiza la mortalidad, permite un tratamiento precoz y un cuidado calificado a la familia al transitar por un suceso inesperado.

Kennell y Klaus²⁶ enfatizan la importancia del vínculo temprano y a su vez hacen referencia a no interferir; el encuentro debe ser natural, espontáneo, con un intercambio de conductas instintivas entre ambos. Todo ello ayuda al desarrollo de la sensibilidad, de cariño, se conocen mutuamente mediante el tacto y el olor. El primer encuentro es empezar la vida extrauterina interactuando al tomar contacto piel a piel, la primera mirada. Es un periodo crítico, de gran vulnerabilidad y sensibilidad; rodeados por familiares o no, acompañados por el equipo de salud, se enfrentan ante nuevos acontecimientos y roles. El entorno tranquilo y respetuoso favorece una mejor experiencia y vigoriza el vínculo.

PANDEMIA

La pandemia por Covid-19 ha generado muchos cambios en la atención médica y en la vida cotidiana de

Figura 2. Número de vidas que podrían salvarse desde el 2014 al 2025 con una cobertura universal de la atención



Fuente: Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.¹²

las personas, particularmente en las mujeres embarazadas y las que han dado a luz durante este período.

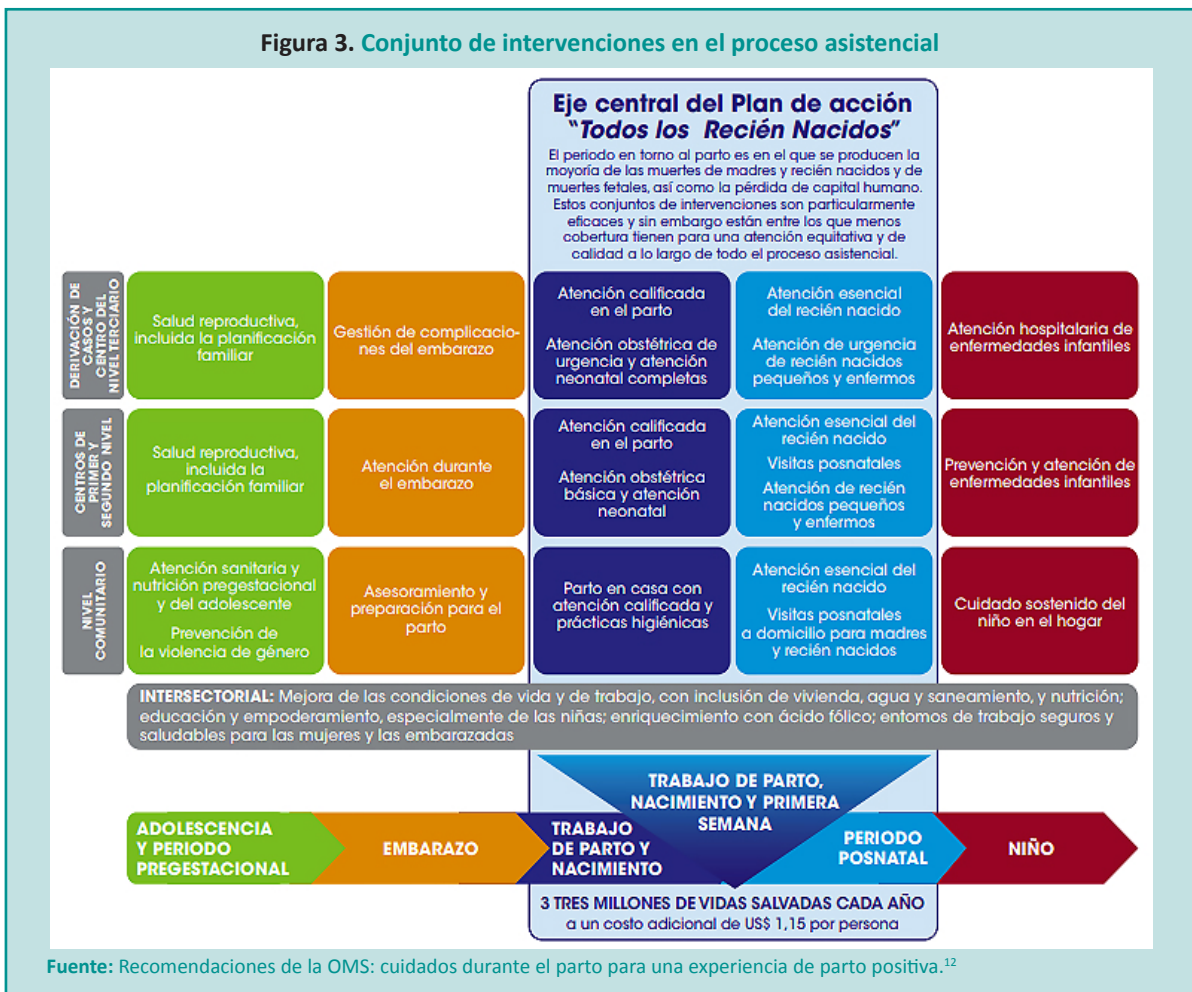
La aparición de una nueva infección grave, implicó ajustes de gran impacto en la clínica materno-fetal. El nuevo virus SARS-CoV-2 (Covid-19) causó una emergencia sanitaria a nivel mundial; diversos centros de salud colapsaron enfocándose en las urgencias y emergencias. Es así, que se disminuyó la prestación de los servicios afectando el seguimiento de la maternidad.

La susceptibilidad de las embarazadas al virus mereció un cuidado específico, por el desconocimiento y el riesgo de la afectación fetal a corto y largo plazo, además de la incertidumbre e inexactitud de evidencia, del cómo proceder. La comunicación actualizada de los riesgos y beneficios de las prácticas implementados antes de la pandemia, respaldadas por la evidencia científica e incorporadas por la población materna, se percibieron como amenazantes al momento de implementarlos, generando temor, cuestionamientos, como el contacto piel a piel. El foco de atención estu-

vo, y actualmente continúa, en aspectos importantes asumidos en relación a la pandemia y pospandemia.

Durante el embarazo, se resalta la importancia de seguir las medidas de prevención recomendadas para evitar la infección por Covid-19, como el lavado frecuente de manos, el uso de mascarilla, el distanciamiento social y evitar aglomeraciones. Además, el acudir a las consultas prenatales para controlar el desarrollo del feto y asegurarse de que todo está bien. En cuanto al parto, conviene estar al tanto de las medidas implementadas en los hospitales y centros de salud para prevenir la infección. Conocer los derechos y deberes con la institución, y los mismos desde la institución a la mujer embarazada. Muchos de las restricciones tienen un impacto, como el uso continuo de tapabocas, las restricciones de visitas, las limitaciones en el acompañamiento o el simple hecho de vivir una pandemia durante el embarazo, generan una serie de efectos en los padres, los bebés y las familias. La incertidumbre ante una pandemia, durante

Figura 3. Conjunto de intervenciones en el proceso asistencial



el parto y el puerperio generó diversas experiencias, algunas negativas en el embarazo, por ende, en la crianza temprana.

La pandemia provocó una crisis económica y social. La evidencia demuestra cambios en el comportamiento parental y del niño, como la calidad del sueño y dificultades para la contención. Además, estudios como los de Rhodes²⁷ y Olhaberry²⁸ señalan un aumento de la ansiedad y estrés de los padres ante el confinamiento, afectando el bienestar físico y mental. Se presenta un sentimiento de tristeza, soledad y falta de ayuda para el cuidado de su bebé al estar hospitalizadas. Indistintamente, reconocían la importancia de los cuidados con un enfoque de prevención ante un patógeno desconocido.

Fueron muchos los estudios realizados en todo el mundo sobre el impacto de la pandemia; sería relevante tener presente que cada embarazo es único y merece una atención individualizada e integral. El momento del nacimiento deja una huella y esta se ve reflejada en el adulto.

Después del parto, es importante prestar atención a la salud mental y física de la madre y del RN, especialmente en relación a la lactancia y a la crianza.

El apoyo emocional y social adecuado es esencial para una experiencia positiva y saludable después del parto. Las mujeres que reciben apoyo emocional después del parto tienen una recuperación más rápida, menos probabilidades de desarrollar depresión posparto y un mejor vínculo con el bebé. Cuando una mujer se siente apoyada, se siente menos sola y es capaz de lidiar con la transición a la maternidad.

El apoyo social y emocional puede ser proporcionado por su pareja, familia, amigos, comunidad o un profesional de la salud mental. Al recibir esta atención aumenta la probabilidad de amamantar con éxito, por ende, mejorar la salud mental de la madre, beneficiando el vínculo. Al mismo tiempo, la lactancia tiene beneficios de nutrición para el bebé y protección contra enfermedades.

El psiquiatra estadounidense Daniel Siegel, ha hablado sobre la importancia de la salud mental después del parto. Es conocido por su trabajo en el campo de la neurociencia interpersonal, donde se enfoca en la conexión entre el cerebro, la mente, las relaciones y la salud mental. En su libro *"The Whole-brain Child"* (El Cerebro del Niño), Siegel detalla la importancia de que las madres tengan una buena salud mental después del parto, y cómo esto afecta la salud mental del bebé.

Explica que las madres que están lidiando con problemas de salud mental, como la depresión posparto, pueden tener dificultades para conectarse emocionalmente con sus hijos. Esta desconexión emocional puede tener un impacto negativo en el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño.

Es fundamental, concientizar a las gestantes que experimentan trastornos mentales durante el embarazo sobre la importancia de recibir la atención médica requerida, así como el apoyo emocional y comprensión de su red social de apoyo, algo que resulta especialmente valioso. El embarazo desencadena o exacerba los trastornos mentales precedentes; existen para su abordaje tratamientos efectivos. La salud mental materna, el desarrollo fetal, y el vínculo entre el bebé, los padres y las familias, se ven favorecidos al brindar un tratamiento solicitado a tiempo, de forma efectiva y eficaz.

En conclusión, la salud mental y el embarazo han sido temas importantes en la salud pública durante mucho tiempo y se espera que haya un mayor enfoque en la salud mental como parte integral del cuidado prenatal.

Las investigaciones han demostrado que la salud mental de una mujer durante el embarazo tiene un impacto significativo en su salud física y en la salud de su hijo/a. Los estudios sugieren que las complicaciones durante el embarazo y el parto pueden ser más comunes en mujeres que experimentan problemas de salud mental, como ser la depresión y la ansiedad.

Tabla 3. Anamnesis

Componentes
Datos personales y antecedentes de trastornos mentales
Datos demográficos
Valorar factores de riesgo
Valorar factores protectores
Detectar complicaciones biopsicosociales y culturales

Fuente: elaboración propia.

ROL DE ENFERMERÍA CON ENFOQUE EN EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL MATERNA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Enfermería deberá realizar una anamnesis rigurosa y cuidada, con el fin de evaluar e identificar signos de alarma y así ofrecer cuidados de forma efectiva, oportuna y humanizada. A continuación, se citan a grandes rasgos la anamnesis, los signos de alarma a tener en cuenta y los cuidados (Tablas 3 a 5). Es importante asumir que cada mujer embarazada merece una aten-

ción personalizada y humanizada conjuntamente con el RN, su familia y su entorno, con el propósito de alcanzar el bienestar físico, psicosocial y cultural.

Es importante tener en cuenta la presentación del equipo, la habitación, la privacidad, el confort de la mujer y su acompañante, y las necesidades de la mujer, el RN y su familia.

La salud mental durante el embarazo es un aspecto vital de la salud materna y del bienestar del feto.

Tabla 4. Signos de alarma

Signos de alarma	
Prenatales	Posnatales
Aislamiento, soledad	Aislamiento, soledad
Insomnio	Insomnio
Irritabilidad	Irritabilidad
Sentimientos de tristeza, llanto fácil	Sentimientos de tristeza, llanto fácil
Fatiga, cansancio, desgano	Fatiga, cansancio, desgano
Preocupación familiar, económica y social	Preocupación familiar, económica y social
Dificultad para concentrarse o tomar decisiones	Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
Bajo nivel de apoyo social	Bajo nivel de apoyo social
Pérdida de apetito	Pérdida de apetito
Temor a no poder cumplir el rol de madre	Temor a hacerle daño al recién nacido
No querer, o no aceptar al recién nacido	No se observa relación de apego con el recién nacido
No haber realizado controles prenatales o muy escasos, sin motivos	Dificultad exacerbada en la lactancia Rechazo sin fundamento
No contar con planes para recibir al recién nacido	No disfrutar del cuidado del recién nacido
Temor a que pase algo malo, elevada desconfianza	Reactivación de traumas pasados
Experiencia de parto anterior que haya requerido internación del bebé en la unidad de cuidados intensivos	Preocupación intensa por el cuidado del recién nacido
Intentar lastimarse, tener pensamientos sobre no querer vivir, no vale la pena su vida, no sentirse querida por nadie, desesperanzada	Intentar lastimarse, tener pensamientos sobre no querer vivir, desesperanzada Rechazar al recién nacido
Describir situaciones no reales, o visiones	Pérdida del sentido de la realidad, alucinaciones
Alejamiento del cuidado con la realidad	Desconexión con la realidad

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Cuidados de enfermería para la madre en el periodo postparto

Cuidados
<p>Brindar una comunicación efectiva.</p> <p>Escuchar, disipar dudas de la madre y/o del acompañante.</p> <p>Ofrecer la información en forma clara.</p> <p>Verificar la comprensión de la madre y/o del acompañante.</p>
<p>Orientar sobre cuidados prenatales y posnatales de la mujer y del recién nacido, evaluando el momento conveniente.</p> <p>Evitar generar temores o aumento de la preocupación.</p> <p>Priorizar la información y el estado actual de la mujer al recibir la información.</p> <p>Evaluar la necesidad de que esté acompañada en el momento de brindar información.</p>
<p>Promover la autonomía.</p> <p>Motivar la participación materna y/o de la pareja, en los cuidados del recién nacido.</p> <p>Fortalecer la relación materna y paterna con el recién nacido a minutos del nacimiento, tomarlo en brazos, acariciarlo, mirarlo, hablarle.</p> <p>Ofrecer técnicas de relajación a la madre, al padre y/o al acompañante.</p> <p>Motivar el autocuidado y el cuidado de su recién nacido.</p> <p>Sensibilizar sobre la importancia de que el binomio siempre necesita contención.</p>
<p>Observar comportamiento diario, no abrumar.</p> <p>Evaluar la necesidad de acompañamiento en caso que lo requiera o lo solicite la mujer embarazada o en el periodo de posparto.</p> <p>Ayudar a organizarse, con el fin de reservar tiempo para <i>hobbies</i> y seres queridos.</p> <p>Informar la importancia de pedir ayuda ante cualquier situación que la haga sentir desbordada.</p>
<p>Respetar la privacidad.</p> <p>No emitir juicios.</p> <p>Evaluar la contención del entorno y familiar.</p> <p>Evaluar los cuidados brindados al recién nacido por su madre, como alimentación, higiene, sueño, seguridad.</p>
<p>Derivar a psicología médica y/o psiquiatría en caso que requiera continuar, comenzar tratamiento, y/o ser evaluada.</p> <p>Solicitar consulta y derivaciones con el equipo de salud mental y social.</p> <p>Comunicación continua con el equipo de psicología y psiquiatría.</p> <p>Planificar los cuidados.</p>
<p>Planificar visitas a domicilio o telefónicas según la necesidad de la usuaria.</p> <p>Seguimiento al recién nacido.</p>

Farmacología: verificar la toxicidad para el feto y el recién nacido durante la lactancia.
Evaluar la adherencia al tratamiento en caso de estar indicado, antes, durante el embarazo o en el periodo posparto.
Ante sospechas o presencia de delirio en el embarazo o en el período posparto, no dejar a la madre sola en ningún momento.
Realizar registros y plan de alta por escrito.
Cerciorarse que la usuaria y su familia comprendan sus cuidados y los cuidados del recién nacido.

Fuente: elaboración propia.

Los problemas de salud mental durante el embarazo pueden tener un impacto significativo en la salud y el bienestar tanto de la madre como del niño a largo plazo. Es importante que se brinde una atención adecuada y oportuna a las mujeres embarazadas que experimentan complicaciones en su salud mental, y que se implementen políticas y programas de apoyo adecuados a mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno mental durante el embarazo.

Diferentes autores escribieron sobre la salud mental en el puerperio, que es el período de tiempo después del parto en el que el cuerpo de la mujer comienza a recuperarse y adaptarse a los cambios físicos, hormonales y emocionales.

Helen Deutsch, Therese Benedeck y Grete Biring estudiaron la psicología de la mujer en el embarazo y la maternidad, basándose en la observación clínica. Cada una de ellas con sus estudios y diferentes aportes le dan un significado a la mujer durante el embarazo, lo detallan en el libro *Psicología del embarazo*, en el año 2020.

Autores conocidos en este tema son Begiato que en 2017 notó las emociones de las mujeres embarazadas; Bell, en 1999, describió el efecto de la melancolía de la madre en el feto. Más actual, Marland, en 2004 y Cohen-Hanegbi, en 2019, publicaron sobre algunos de los trastornos mentales relacionados al parto.²⁹

Singley D, como psicólogo clínico especializado en la transición a la paternidad, ha investigado y escrito so-

bre la depresión posparto y la ansiedad en los hombres y cómo la paternidad y la identidad masculina afectan la salud mental después del nacimiento de un hijo.

Además, el psiquiatra perinatal Urato A, ha explorado cómo la nutrición, el ejercicio, el sueño y otros factores pueden afectar la salud mental en el puerperio. Desarrolló su estudio sobre la importancia de cuidar la salud física para mejorar la salud mental durante este periodo crítico. Estos autores y otros han ayudado a cambiar el discurso sobre salud mental en el puerperio. Antes, la mayoría de los estudios y los discursos se enfocaban en la salud mental de las mujeres después del parto. En este momento, se incluyen diferentes enfoques para explorar la salud mental de los padres durante este período. Los padres también pueden enfrentarse a desafíos emocionales después del nacimiento de un hijo.

CONCLUSIÓN

Aunque aún queda mucho por hacer, hay cambios en los diferentes centros de atención al implementar los cuidados centrados en la familia, unidades abiertas a la familia, incorporar a los padres en el cuidado y el tratamiento de sus hijos. Actualmente, está presente el reconocimiento de la importancia de abordar los desafíos emocionales de los padres junto con los de las madres. Es esperable que esta directriz continúe en el futuro y que se brinden más recursos y apoyo a los padres y a la familia, para garantizar su bienestar emocional durante este período crítico.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. 69.a Asamblea Mundial de la Salud A69.2. Compromiso con la aplicación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. 2016. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R2-sp.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). 2018. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))

3. PAHO. Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región. 2017. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49169>
4. Organización Panamericana de la Salud. 56.º Consejo Directivo. 70.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. 2018. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14469:56th-directing-council&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
5. Organización Mundial de la Salud. Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto. Manual del usuario. 2021. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1364764/retrieve>
6. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud. 2009. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
7. Ley N° 18426. 2008. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
8. Ley N° 17386. 2001. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>
9. Decreto N° 339/019. 2019. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/339-2019/14>
10. Ministerio de Salud. Atención del parto normal. Capítulo 2 [Internet]. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/91868/res647-2004-cap2.htm>
11. Fernández Lorenzo P, Olza I. Psicología del embarazo. Madrid: Síntesis; 2020. Pág. 51.
12. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington (DC); 2019. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
13. Plunk M, Lee JH, Kani K, Dighe M. Imaging of postpartum complications: a multimodality review. *AJR Am J Roentgenol.* 2013;200(2):W143-54.
14. Sperry L, Sperry J. Cognitive behavior therapy of DSM 5 personality disorders: assessment, case conceptualization, and treatment. New York: Routledge, Taylor & Francis Group; 2016.
15. Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal. Versión genérica de ensayo sobre el terreno de la OMS 1.0, 2015. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28417>
16. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(1):5-14.
17. Castroviejo CS. Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternas. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil. 1993. Págs. 21-46. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.sepyrna.com/documentos/psiquiatria-15_16.pdf
18. Jambersi M, Shibukawa BMC, Demitto M de O, Higarashi IH, Merino M de FGL. Percepciones de madres sobre vivencias de la maternidad y el cuidado del bebé. *Rev Cubana Enferm.* 2022;38(1):e4051. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4051/812>
19. Gaviria-Arbeláez SL, Uribe-Holguín A, Gil-Castaño LS, Uribe-Bravo SE, et al. Prevalencia del riesgo de depresión y preocupaciones en mujeres gestantes en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Antioquia, Colombia, 2020-2021. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2022;73(2):194-202.

20. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Rev Med Clín Condes*. 2020;31(2):139-149.
21. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
22. Organización Panamericana de la Salud. Salud Materna. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
23. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Marzo de 2023. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
24. Organización Mundial de la Salud. 67.a Asamblea Mundial de la Salud A67/21. Salud neonatal: proyecto de plan de acción. Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible. Punto 14.2 del orden del día provisional 2 de mayo de 2014. [Consulta: 6 de julio de 2024]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_21-sp.pdf
25. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos. Setiembre de 2020. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
26. Kennell JH, Klaus MH. Mother-infant bonding: Weighing the evidence. *Dev Rev*. 1984;4(3):275-282.
27. Rhodes A, Kheireddine S, Smith AD. Experiences, Attitudes, and Needs of Users of a Pregnancy and Parenting App (Baby Buddy) During the COVID-19 Pandemic: Mixed Methods Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(12):e23157.
28. Olhaberry M, Sieverson C, Franco P, Romero M, et al. El impacto del COVID-19 en las experiencias de embarazo y/o crianza temprana en Chile. *Infant Ment Health J*. 2022; 43(1):8-23.
29. Usunáriz JM. De la melancolía a la locura: embarazo, parto y posparto (España y el mundo hispánico, siglos XVI-XVII). *Asclepio*. 2022;74(1):589-9. [Consulta: 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/1118/1904>

Actualización

Importancia de enfermería en la organización mental de la madre en el nacimiento y asistencia del recién nacido prematuro

Importance of nursing in the mental organization of the mother in the birth and care of the premature newborn

Importância da enfermagem na organização mental da mãe no parto e cuidados ao recém-nascido prematuro

Dra. Gabriela Pose¹

RESUMEN

Enfermería tiene en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) una presencia y una importancia sustancial por la relevancia que porta para los padres su función, su palabra y su saber. Se despliegan en esa interacción emociones diversas vinculadas a las características del profesional, las modalidades de comunicación, así como a las singularidades parentales, tanto en sus aspectos históricos, sus características de personalidad y las formas de afrontamiento a la adversidad.

Es necesario comprender los efectos de esta experiencia perinatal sobre ellos, los estados mentales que oca-

siona, así como contribuir a la protección de la salud mental, la organización psicológica de la función parental y la constitución vincular en situaciones críticas.

En este artículo me dedicaré esencialmente a la organización mental de la madre como tal: la representación o foto interna que la madre va construyendo sobre sí misma y sobre el recién nacido pretérmino tan distinto al esperado, la constitución vincular y la manera en que enfermería puede participar en ese proceso y sus dificultades.

Palabras clave: enfermería; periodo posparto; unidades de cuidado intensivo neonatal; recién nacido prematuro; salud mental.

1. Doctora en Psicología Clínica. Docente de grado de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Docente de grado de la Carrera de Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Docente de grado en el Instituto Superior de Educación Especial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Docente de posgrado de la Asociación Civil Argentina de Puericultura. Docente de posgrado de la Sociedad Argentina de Pediatría. Docente de posgrado en la Asociación de Psicología Perinatal de la República Dominicana. Docente de posgrado en el Instituto Universitario del Hospital Italiano, Buenos Aires Argentina. Docente de posgrado en la Maestría en Psicoanálisis de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. ORCID: 0009-0008-0397-5109

Correspondencia: gabriela.a.pose@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 27 de febrero de 2024.

Aceptado: 19 de abril de 2024.

ABSTRACT

Nursing has a presence and substantial importance in the neonatal intensive care unit (NICU) due to the relevance that its function, its work and its knowledge carry for parents. Various emotions linked to the characteristics of the professional, the modalities of communication, as well as the parental singularities are displayed in this interaction, both in their historical aspects, their personality characteristics and the ways of coping with adversity.

It is necessary to understand the effects of this perinatal experience on them, the mental states it causes, as well as contribute to the protection of mental health, the psychological organization of the parental function and the bonding constitution in critical situations.

This article is essentially dedicated to the mental organization of the mother as such. The representation or internal photo that the mother builds about herself and about the preterm newborn so different from what was expected, the bonding constitution and the way in which nursing can participate in that process and its difficulties.

Keywords: *nursing; postpartum period, intensive care units, neonatal; infant, premature; mental health.*

RESUMO

A enfermagem tem uma presença e uma importância substancial na unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) devido à relevância de sua função, palavra e conhecimento para os pais. Nessa interação, diversas emoções são desencadeadas, relacionadas às características do profissional, às modalidades de comunicação e às singularidades dos pais, considerando aspectos históricos, características de personalidade e formas de enfrentamento da adversidade.

É necessário compreender os efeitos dessa experiência perinatal sobre os pais, os estados mentais que ela ocasiona, bem como contribuir para a proteção da saúde mental, a organização psicológica da função parental e a constituição do vínculo em situações críticas.

Neste artigo, dedicarei especial atenção à organização mental da mãe: a representação ou imagem interna que a mãe vai construindo sobre si mesma e sobre o recém-nascido prematuro, tão diferente do esperado, a constituição do vínculo e a maneira como a enfermagem pode participar desse processo e suas dificuldades.

Palavras chave: *enfermagem; período do postpartum; unidades de terapia intensiva neonatal; recém-nascido prematuro; saúde mental.*

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n45.05>

Cómo citar: Pose G. Importancia de enfermería en la organización mental de la madre en el nacimiento y asistencia del recién nacido prematuro. *Rev Enferm Neonatal.* Agosto 2024;45:60-68.

DESARROLLO

El ingreso irrestricto de los padres a la UCIN requiere la profundización del conocimiento de cómo son afectados psicológica y emocionalmente por esta experiencia y cuál es el abordaje que necesitan.¹ Intervenciones oportunas y adecuadas con ellos, incidirán en efectos extendidos² en el tiempo de esta experiencia y por ende en las vicisitudes en el cuidado posterior del bebé.³

Cada vez que ingresa un recién nacido pretérmino, ingresa una historia. Se inaugura un proceso histórico humano y singular.⁴ De la misma manera que su alta al domicilio lleva consigo los efectos de lo vivido en la UCIN,⁵ los aprendizajes construidos y las organizaciones psíquicas logradas para el despliegue de las funciones maternas.⁶

La mirada singular sobre ese recién nacido pretérmino remite también a construir una sobre la madre.⁷ Los recorridos que ha atravesado antes de ingresar a la UCIN son diversos dadas la personalidad, la historia gestacional previa,⁸ y la interacción establecida con el bebé fetal.⁹ También son diversas la manera en que aconteció el nacimiento, las circunstancias de urgencia y riesgo que la rodearon, así como también, las circunstancias personales o vinculares que están presentes en este momento de su vida.¹⁰ Estas condiciones serán el fondo emocional en el que impactará el nacimiento, incrementando la respuesta de estrés y su potencialidad traumática¹¹ que estarán en diálogo con el puerperio.¹²

En los primeros momentos en el ingreso a la UCIN, el estado inicial materno es de *shock*.¹⁴ Predominan estados de embotamiento y mecanismos disociativos,¹² y se suman efectos puerperales.¹⁵ La persona tiene vivencias de extrañamiento e irrealidad. El aparato psíquico está inundado de estímulos frente a un entorno desconocido que porta en sí amenazas radicales.¹⁶ La angustia predominante es de pérdida y muerte. A veces ella misma ha estado en condiciones físicas de riesgo y ha sentido la posibilidad de morir.¹⁷ Encon-

tramos en estos casos un aparato psíquico altamente impactado,¹⁸ alterado por un tiempo transcurrido en el que no pudo estar con su bebé.¹⁹ Hay un tiempo vincular que quedó en suspenso y al que la madre deberá de dar forma en su mente.²⁰

Enfermería puede en estas circunstancias, así como si en ese tiempo tiene lugar la muerte del recién nacido pretérmino, responder a preguntas de la madre,²⁰ ofrecer información y narraciones que brinden a la madre representaciones, imágenes mentales sobre él y lo acontecido en su ausencia, que sirven para completar esos vacíos. Esto ayudará en los procesos de duelo.^{21,22}

Es importante tener presente el mundo mental femenino que se ve transformado también por la maternidad en articulación con su historia femenina.⁷ Stern²³ plantea que, tras el nacimiento de un bebé, la madre entra en una nueva y única organización psíquica que denominó constelación maternal. Refiere una serie de preocupaciones que interrogan a la madre: la propia capacidad de cuidarlo y mantenerlo con vida, de mantener una relación con el bebé, amarlo y garantizar su desarrollo. La inquietud de si contará o dará lugar a una matriz de apoyo vincular y familiar que la proteja para cumplir con su rol. Stern sostiene que la matriz de apoyo brinda soporte y guía en el desempeño maternal. A veces esto no ocurre y la madre puede ser criticada, abandonada o sabotada. Refiere que en este momento se produce una reactivación y reorganización de la relación con la propia madre, así como cambios en su identidad a partir de asumir un nuevo rol de hija a madre y una movilización de la historia identificatoria familiar. Conceptualiza que el cuidado del bebé ofrece un contexto de memorización, de evocación de los propios cuidados recibidos por su madre que ayuda a esa organización nueva.²³

Estos temas entonces, desde Stern, se traducen en la representación de sí misma como madre, desde una revisión histórica y actual como una película interior que la interroga sobre su propia capacidad de ser madre, amar a su hijo y mantenerlo con vida.

En un nacimiento prematuro, la madre ingresa a un mundo altamente tecnologizado donde la presencia del recién nacido pretérmino se expresa por el sonido de los monitores velando por sus sistemas.^{24,25} El sonido de las máquinas sustituye gorjeos y cantos de cuna soñados. Atrás quedó el bebé fetal con la pieza a medio terminar, el moisés sin vestir.

Emocionalmente la madre se siente abrumada, siente que ha fallado¹³ como madre y está perpleja y confusa respecto a qué se espera de ella, en un lugar donde

el cuidado del recién nacido pretérmino depende de la asistencia especializada. Hay una vivencia de ajenidad respecto al hijo²⁶ y un dolor por la pérdida del hijo imaginado.²⁷

Las narraciones y representaciones familiares recibidas respecto a la función materna, pasan a ser ineficaces en tanto no le sirven como modelos de acción²³ y se ponen en juego sus propias formas de resiliencia y afrontamiento.^{28,29}

Se pierde el contexto memorizador.²³ Lejos de un hogar, las barreras interactivas que la asistencia impone y la prematuridad, disminuyen la oportunidad de recordar la propia historia de crianza. La mamá no escucha a su hijo, los encuentros de miradas y las voces son demorados, interferidos y suelen ocasionar respuestas disruptivas en el recién nacido pretérmino, manifestando señales de desorganización y estrés.¹³ Los abordajes de piel a piel son valiosos, pero no alcanzan a paliar el avasallamiento a una intimidad incipiente necesaria para la constitución vincular.³⁰

La red de apoyo familiar puede ser compleja. Hay una vivencia parental de ser más demandados que entendidos. La visita programada de abuelos puede acercarlos a lo que viven, así como el trabajo grupal con ellos.^{31,32}

El grupo de apoyo que acompañará este tiempo de permanencia son otros padres de recién nacidos prematuros internados,³³ compañeros de la UCIN, con los que se gestan vínculos cuasi familiares, como una red que los espeja en la que se sienten ayudados, alentados y comprendidos. Tejen conjuntamente representaciones sobre de qué se trata ser madre aquí y ser madre de este ser tan diminuto como inestable en sus reacciones.

Desde mi observación, enfermería constituye, poniéndolo en palabras de Stern, una matriz de apoyo esencial. Ofrece sostén, información, aporta competencias para los cuidados del recién nacido pretérmino que promuevan la construcción de representaciones positivas de sí misma como madre, que amorticen los sentimientos de insuficiencia o falla.^{34,35}

No obstante, sobre la figura de enfermería rápidamente es transferible la revisión de la relación con la propia madre.³⁶ A partir de esto las emociones pueden ser intensas, tanto de rivalidad como de apoyo. La enfermera testimonia para la mente de la madre, lo que ella no ha podido, lo que no sabe o no ha podido dar. La madre puede estar a la defensiva o puede tener una actitud de entrega del rol. Puede estar envuelta

en sentimientos y ansiedades confusionales. Estados de enojo pueden ser depositados en enfermería. También puede construir un vínculo de confianza y agradecimiento que la acompañe frente a tanta incertidumbre y dolor.³⁶

La primera acción profesional que va a actuar sobre ese mundo representacional respecto a sí misma como madre es el reconocimiento a su presencia real en la UCIN que la define formalmente como madre de ese recién nacido pretérmino. Tras esa materialización, que en sí misma dona un carácter simbólico habrá que contribuir a una construcción interna que le permita sentirse su madre.³⁷

Puede sentir, como refiere Piera Aulagnier,³⁸ un traumatismo del encuentro; percibe que el bebé es muy diferente al esperado, sembrando una distancia radical. No es posible recetar amor, pero sí facilitar experiencias de interacciones positivas, mostrando esos pequeños gestos de su hijo que la acerquen como madre.¹³

Es importante el lugar que ocupa en el espacio de la UCIN,³⁹ presentarle este mundo desde la certeza que la madre ofrece algo único vinculado a los procesos filiatorios e identitarios.⁴⁰ A veces los padres ante la confusión e incertidumbre sobre su rol actúan como enfermeros de sus hijos, entregando así la importancia única de su mirada, su palabra, su presencia.³⁶

La solicitud de calostro, la extracción de leche, le devuelve a la madre un sentido a su presencia, pero en ocasiones se vuelve una exigencia psicofísica que la excede. Hay un tiempo externo real que entra en conflicto con el tiempo psíquico que despierta lo que vive.¹³ Enfermería puede acompañarla en ese ajuste en la medida que no automatice esta solicitud. Los profesionales pueden por habituación normalizar las emociones parentales vaciando el impacto emocional que tiene esta experiencia única en su vida. Esto puede generar un desajuste en el encuentro con ellos.³⁷

La presencia de enfermería al lado de la incubadora junto a la madre y al recién nacido pretérmino da la oportunidad de brindar una información paulatina que los acerca como padres,²⁴ qué significa ser prematuro, en qué los limita para el encuentro, cómo se expresa. Por qué cada aparato que lo asiste, de qué habla cada uno, qué enuncia de su hijo.²⁴ La madre puede estar apabullada y silenciosa en un estado de perplejidad e interrogación y necesita ser validada respecto a lo que siente. Esto la ayuda a no sentirse loca o desamorada.^{37,39}

A veces los aparatos y monitores pueden segmentar la mirada e imagen del recién nacido pretérmino. Un

padre tiene sostenido de la mano a su hijo mientras mira un monitor, intenta un acercamiento y los monitores muestran sus alteraciones. Esto los perturba en la construcción de una imagen global e identitaria de su hijo.^{13,25}

Hay entonces, en forma paralela a la construcción de las representaciones de la madre, un trabajo sobre la representación y conocimiento de su hijo. Va mentalizando la experiencia.⁴² Los contactos visuales y táctiles contribuyen a un apego que en sí es complejo.³⁵ Cuando se producen momentos íntimos de confianza y escucha entre la enfermera y la madre puede emerger la historia prenatal. Se produce una historización⁴³ que aminora los efectos disociativos del trauma.¹⁴ El relato sobre cómo lo sentía al bebé fetal, cómo se movía, cómo pensó ese nombre. Preguntas que recorren imágenes vinculares. Se retoma el vínculo prenatal como vía y apoyo al encuentro con el recién nacido pretérmino presente. Hay una pre-historia que lo empieza a envolver.¹³ En esos intercambios y ese conocimiento se favorece la mentalización⁴⁴ y función reflexiva²⁰ de la madre.

Los estudios de H. Als sobre teoría Sinactiva y el NIDCAP (por la sigla en inglés de *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*)⁴⁵ proporciona orientación a los padres sobre cómo interactuar. Los padres aprenden a interpretar las señales de estrés del recién nacido pretérmino, a reconocer sus estados y disponibilidad interactiva y a responder de manera individualizada, contribuyendo a su organización. Los encuentros satisfactorios, regulados, refuerzan positivamente a la madre su autopercepción como tal,⁴⁶ a la vez que se refuerza el vínculo afectivo⁴⁷ y los fortalece en su identidad como padres. A partir de esto el recién nacido pretérmino comienza a ser comprendido y reconocido y las interacciones pasan a ser más seguras, positivas y gratificantes en tanto están a tono con las necesidades y posibilidades que demuestra. Se facilita la preocupación maternal primaria, el apego y el reverie (ensoñación).⁴⁸⁻⁵⁰

La enfermera se encuentra con una madre que de acuerdo a su historia puede estar más o menos desregulada emocional y mentalmente y esa desregulación tomar modos ansiosos, depresivos, persecutorios.⁵¹

Las representaciones de un bebé se articulan con los sentimientos y fantasías maternas y pueden distorsionar la interpretación de sus respuestas.⁵² D. Stern refiere cómo en una observación temprana en un bebé sano y de término, se puede ver cómo una madre significa que su bebé le toque la cara como rechazo y no como búsqueda de acercamiento.²³ En la prematuridad,

frente a una respuesta desorganizada del recién nacido pretérmino. la madre puede personalizar la respuesta y sentirse insuficiente, no querida, desilusionada. Puede sentir temor a los intercambios provocando una conducta defensiva de distancia y desapego. Una madre puede no tolerar la frustración o la vivencia de exclusión por la distancia que las barreras de asistencia generan.²⁴ No tolerar la falta de conexión del recién nacido pretérmino o una conexión errática caótica.⁵³

Para Winnicott, la continuidad de los cuidados maternos ofrece un fondo de seguridad que participan en la experiencia de ser. Podemos decir que para la madre la continuidad de las respuestas de la UCIN, potencia su constitución como tal y el vínculo con el recién nacido pretérmino. La madre vuelve a entrar cada día a la UCIN, vence su cansancio o la confusión respecto al sentido de su presencia sin saber cómo va a encontrar a su hijo.³⁶ En esos lapsos de tiempo acontecen situaciones e intervenciones. El recién nacido pretérmino es proclive a la inestabilidad. Cómo mantiene una representación frente a tantas respuestas inciertas y a una evolución que puede cambiar drásticamente de un día a otro. Se agregan experiencias de inseguridad -“No me dijeron que lo cambiarían de incubadora, no lo encontré y pensé lo peor”-. Entonces cuando enfermería la recibe día a día o da un llamado y le brinda información sobre qué paso, cómo estuvo, cuánto durmió ofrece una constancia temporal y representacional sobre el recién nacido pretérmino y el vínculo con él. Esto tendrá a su vez efectos en la propia organización y regulación del recién nacido pretérmino.^{13,54-56} A veces esta situación interactúa con procesos psicopatológicos que hay que detectar.²

La UCIN es un espacio vincular.¹³ Se producen encuentros, desencuentros, malentendidos y estados de cansancio. También preconceptos que tiñen la interacción entre profesionales y padres. La manera en la que un profesional piensa que tiene que ser, sentir o actuar una madre en su mundo representacional e ideal puede instalarse como un ruido en la posibilidad de mantener una comunicación adecuada con la madre real. De la misma manera cuál es el preconcepto, de la madre sobre la enfermera que atiende a su hijo y cuál es la relación mental: ¿la idealiza, rivaliza? ¿qué tipo de interacción establece?, ¿de acatamiento a su palabra, de colaboración, de apoyo, de encuentro, de temor, de dominancia?: “si yo le pago tiene que responder a lo que yo le pida”.

Tener claridad y consciencia de los mundos representacionales en acción cuida la comunicación.³⁷

La mirada de la madre sobre la enfermera es singular,

está articulada con su historia y sus vínculos primarios, esencialmente su propia madre.¹³ Las emociones hacia ella son diversas: de necesidad, de desconfianza, de rivalidad, de ambivalencia. La madre puede proyectar sobre enfermería⁵⁷ lo que siente sobre sí misma. Esto despertará ansiedades de persecución. En ocasiones la enfermera queda en el lugar de un espejo donde la madre se encuentra con el reflejo de sus propias emociones proyectadas.³⁷ Otras veces la enfermera la espeja, la ayuda a verse, a encontrarse, configurando una matriz de apoyo esencial ayudándola a quedar más implicada, (apoyándose en el pensamiento de Winnicott D⁴⁸), en una preocupación maternal primaria sobre su bebé, que involucra procesos de identificación, que en una preocupación médica primaria como refiere A. Ruiz² en la que el vínculo queda fijado al miedo, la pauta médica y al control.

Enfermería deberá sortear las dificultades intersubjetivas, para ofrecer intervenciones tales como:

- Escucha, comprensión y respuesta a sus preocupaciones y emociones.
- Entrega clara de información para la comprensión del estado del bebé y su disponibilidad interactiva.
- La facilitación de acercamientos vinculares, actividades de cuidado que le den a la madre sentido de competencia y empoderamiento en la atención al bebé.
- Acompañamiento en el reconocimiento de signos de alarma y disponibilidad interactiva.
- Ofrecer tiempos sin urgencia para comunicar sobre estados del bebé.
- Acompañamiento en la lactancia entendiendo su valor primordial pero también la manera en que es vivida y significada por la madre.

Enfermería ofrecerá un trabajo metabólico sobre la organización psíquica materna.³⁷ Parte de su función será también sugerir interconsultas y derivar a grupos de apoyo que le permitan mejorar su resiliencia y construir representaciones ajustadas a la realidad que protejan el encuentro y el vínculo con su hijo cuando sea necesario.

Estas constituyen algunas de las maneras en que enfermería participa como una matriz de apoyo esencial en los cuidados maternos y vinculares que tiene una traducción sobre la organización mental de su función, la protección de estados de estrés postraumático, entre otros, que tendrá un impacto extendido en el tiempo en el crecimiento y cuidado del bebé y su organización psíquica y somática.^{3,37}

CONCLUSIONES

Las representaciones maternas se refieren a las percepciones y creencias que la madre tiene sobre sí misma como madre, sobre el recién nacido pretérmino y su relación con él. El contexto de asistencia y el nacimiento prematuro, puede generar *shock*, estrés, trauma. Vivencia de falla, insuficiencia y culpa por la falta del embarazo a término y el sufrimiento visible del prematuro lo que puede perturbar la construcción y cualidad de sus representaciones como madre

y el establecimiento del apego y la vinculación con su hijo.

El abordaje de enfermería en la UCIN puede colaborar en su autopercepción a través de la validación de sus estados emocionales, el apoyo y el acompañamiento al conocimiento de las particularidades que la prematuridad y su asistencia imponen en el acercamiento vincular; generan así un efecto protector para su salud mental y para la organización vincular, acciones que protegen el desarrollo posterior.

REFERENCIAS

1. M, Kennell J. La relación madre-hijo. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1978. Capítulo 4, Asistencia de los padres del neonato prematuro o enfermo; Pág. 112.
2. Salomé S, Mansi G, Lambiase CV, Barone M, et al. Impact of psychological distress and psychophysical wellbeing on posttraumatic symptoms in parents of preterm infants after NICU discharge. *Ital J Pediatr.* 2022;48(1):13.
3. Pose GA. Repercusiones emocionales en los padres frente a un nacimiento prematuro. En: Prematuridad. Seguimiento en el corto y largo plazo. Couceiro C, Oreiro V, Rodríguez D. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2023. Capítulo XXII.
4. Bleichmar S. Entre la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo. *Revista del Ateneo Psicoanalítico* N.º 2. Buenos Aires. 1999.
5. Scoccola RL. Nacer demasiado pronto, una mirada antropológica. Ediciones Kula; 2013. Págs. 118- 127.
6. Pose GA. Implicancias afectivas de la prematuridad. Buenos Aires: Del hospital ediciones; 2013. Págs. 59-93.
7. Dio Bleichmar E. La sexualidad femenina, de la niña a la mujer. Barcelona: Paidós; 1998.
8. Deutch H. El parto. En: La psicología de la mujer. Buenos Aires: Edit. Losada; 1960. Págs. 191-239.
9. Lebovici S. Las interacciones durante el embarazo. En El lactante, su madre y el psicoanalista, las interacciones precoces. 1ª Ed. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones; 1988. Cap. VI. Págs. 310-317.
10. Rosfelter P. Un sufrimiento más allá del dolor Bebé blues. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión; 1994. Cap. II. Págs. 55-73.
11. Santiago Sanabria L, Islas Tezpa D, Flores Ramos M. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Acta Med GA.* 2022;20(2):173-177.
12. Deutch H. Puerperio y lactancia. Psicología de la mujer. Buenos Aires: Edit. Losada; 1960. Págs. 241-250.
13. Pose G. Ser padres prematuros. El parto el nacimiento y la relación con el bebé. Buenos Aires: Ediciones Del Candil; 2004. Págs. 22-130.
14. Marrone M. La teoría del apego. Un enfoque actual. Madrid: Prismática; 2001. Capítulo 16, Trauma y disociación. Págs. 294-312.
15. Scoccola RL. Nacer demasiado pronto. Una mirada antropológica Primera edición. Buenos Aires: Ediciones Kula. Pequeños investigadores; Año 2013. Págs. 92-105.
16. Santos Castroviejo C. Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternas. *Revista Sepyna.* 1993;15-16:21-46.

17. Tomás-Sábado J. Miedo y ansiedad ante la muerte. Aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación. 1.ª edición. Barcelona: Herder Editorial, S.L; 2016.
18. Jofré Aravena VE, Henríquez Fierro E. Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, 1999. *Cienc Enferm.* 2002; 8(1):31-6.
19. Cramer B. Reacciones de la madre frente al nacimiento de un niño prematuro. En: Klaus M. & Kennell J. La relación madre- hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1978. Pág. 146155.
20. Duhalde C. Transición a la parentalidad: Representaciones, inferencias y funcionamiento Reflexivo. Tesis de doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
21. Freud S. 1917. Duelo y Melancolía. [Consulta: 8 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.philosophia.cl/biblioteca/freud/1917Duelo%20y%20melancol%C3%ADa.pdf>
22. Pelegrí Moya M, Romeu Figuerola M. El duelo más allá del dolor. *Desde Jar Freud.* 2011;11:133-48.
23. Stern DN. La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Buenos Aires: Paidós; 1997. Capítulo XI.
24. Ruiz AL. El bebé prematuro y sus padres. Buenos Aires: Muño y Dávila; 2004.
25. Fava-Vizziello G, Zozí C, Bottos M. Los Hijos de Las Máquinas. Nueva Visión, 1993.
26. Ocampo MP. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Aquichan.* 2013;13(1):69-80.
27. Lebovici S, Well-Halpen F. La psicopatología del bebé. Editorial Siglo XXI editores; 1995. Págs. 118-121.
28. Uriarte Arciniega JD. La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica.* 2005;10(2):61-79.
29. Zuquerfeld R, Zonis R. Viscitudes traumáticas, vincularidad y desarrollos resilientes; un modelo de investigación dimensional. *Clínica e Investigación Relacional.* 2011;5(2):349-69.
30. Martínez JC. El contacto madre hijo prematuro piel a piel. Un aporte a la moderna asistencia neonatal. *Arch Argent Pediatr.* 1991;89(3):142-147.
31. Helman V, Martínez A, Heath A. La presencia de la familia en la alta complejidad neonatal. Ingreso de familiares a una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá.* 1996;15(3):107-112.
32. Buarque V, Lima MdeC, Scott RP, Vasconcelos MG. The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers. *J Pediatr (Rio J).* 2006;82(4):295-301.
33. Kaes R. Procesos asociativos e interdiscursividad en los grupos. Subjetividad y procesos cognitivos. Revista del Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. 2008. Número 12. *Familia y grupos.* Págs. 73-94.
34. Sifuentes Contreras A, Parra FM, Marquina Volcanes M, Oviedo Soto S. Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal. *Enferm Glob.* 2010;19.
35. Ruiz AL, Ceriani Cernadas JM, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch Argent. Pediatr.* 2005;103(1):36-45.
36. Balanesi M. Percepciones de las madres acerca de los cuidados brindados por el equipo de salud a sus hijos durante su internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un hospital público materno-infantil. *Rev Enferm Neonatal.* 2019;31:22-29.

37. Pose GA. Repercusiones parentales del nacimiento del prematuro y la intervención de la enfermera neonatal. IX Curso internacional Estrategias en la humanización de los cuidados neonatales al recién nacido prematuro. 10 de noviembre 2023. Modalidad virtual.
38. Aulagnier P. Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. En: Hornstein L. Cuerpo, Historia, Interpretación. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1991. Págs. 117-170.
39. Schapira IT, Aspres N. Estrés en recién nacidos internados en unidad de cuidados intensivos. Propuestas para minimizar sus efectos. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 2004;23(3):113-121.
40. Peskin L. La realidad, el sujeto y el objeto. Buenos Aires: Ed. Paidós; 2015.
41. Lazarus RS, Valdés Miyar M, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1986.
42. Mesa AM, Gómez AC. La Mentalización como estrategia para promover la Salud Mental en bebés prematuros. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv*. 2010;8(2):835-848.
43. Aulagnier P. El aprendiz de historiador y el maestro-brujo. Del discurso identificante al discurso delirante. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1986. Págs. 189-216.
44. Lanza Castelli G. La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas. *Aperturas Psicoanalíticas*. 2011;39. [Consulta: 15 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000722>
45. Als HA, Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. 1986;6(3-4):3-53.
46. Vardy I, Schejtman C. Afectos y regulación afectiva. Un desafío bifronte en la primera infancia. En: Primera Infancia. Psicoanálisis e Investigación. Schejtman (compiladora). 1ª Ed. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008. Págs. 54-70.
47. Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. 6ª Ed. Ediciones Morata: Madrid; 2014. Págs. 13; 73; 87; 125.
48. Winnicott DW. La preocupación maternal primaria. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Editorial Paidós: Barcelona; 1998. Págs. 397-404.
49. Gamarnik Y. El apego en proceso. Aportes desde el advenimiento complejo. Buenos Aires: Letra viva; 2005.
50. Bodner G. El concepto de reverie en algunos modelos contemporáneos. *Temas de Psicoanálisis*. 2019;18:7. [Consulta: 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2019/07/18/el-concepto-de-reverie-en-algunos-modelos-contemporaneos/>
51. Vernengo MP, Stordeur M. Regulación emocional y psicoterapia psicoanalítica. De la investigación a la práctica. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2016. [Consulta: 10 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-044/223.pdf>
52. Dio Bleichmar E. Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Buenos Aires: Paidós; 2005. Cap. I y II.
53. Huerín V, Zucchi A, Duhalde C, Mhrad C. Funcionamiento reflexivo materno y regulación afectiva en la relación madre hijo. En: Memorias de las XIII Jornada de Investigación. Paradigmas, métodos y técnicas. Facultad de psicología, UBA. 2006. Tomo III. Págs. 215-217.
54. Winnicott D. La integración del ego en el desarrollo del niño. 3ª Edición en castellano. Barcelona: Editorial Laia; 1981. Págs. 63-74.

55. Slade A, Keeping the baby in mind: a critical factor in perinatal health. *Zero to three*. 2002;22(6):10-16.
56. Del Olmo J. Los trabajos de la continuidad existencial. Aportes de la práctica clínica en el hospital de día. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.
57. León de Bernardi B. Transferencia, contratransferencia y vínculo: enfoque clínico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 2010;111:168-181.

Comentario de artículo

Ser padre de un niño prematuro: investigación contemporánea y recomendaciones para el personal de UCIN

Being the Father of a Preterm-Born Child: Contemporary Research and Recommendations for NICU Staff

Baldoni F, Ancora G, Latour JM.

Front Pediatr. 2021 Sep 6;9:724992

Comentario: Dr. Ramón Larcade¹

RESUMEN

Introducción: La mayoría de los estudios sobre las reacciones de los padres ante un parto prematuro y la hospitalización del recién nacido en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) han involucrado a madres. Sin embargo, las respuestas emocionales y los comportamientos de los padres son igualmente importantes. Por lo general, el padre es el primero en conocer al recién nacido prematuro, en obtener información sobre el estado del bebé y en comunicarse con la madre y otros miembros de la familia. En este contexto, a menudo se le deja solo y puede mostrar dificultades psicológicas, incluidos trastornos afectivos como la depresión o la ansiedad. Este artículo describe el papel de los padres en la UCIN, las mejores prácticas para apoyar a los padres

y explica el papel de un psicólogo en el personal de la UCIN. Se ofrecen consideraciones y sugerencias sobre las dificultades encontradas para apoyar a los padres, con un enfoque en el papel de los padres durante la pandemia de COVID-19.

Métodos y discusión: Teniendo en cuenta los datos de la investigación contemporánea y siguiendo una perspectiva de apego, se analiza el papel del padre de un niño prematuro en la relación con la pareja y en el cuidado del recién nacido. Las investigaciones han demostrado que involucrar a los padres en el cuidado del recién nacido en la UCIN y en el hogar es esencial no solo porque promueve la relación de apego padre/hijo y tiene efectos positivos en el desarrollo psicológico y somático del recién nacido, sino también para la salud de la madre y de toda la familia.

1. Neonatólogo. Jefe del Servicio de Neonatología, Hospital Dr. René Favaloro, Rafael Castillo, Pcia. de Buenos Aires, Argentina.
ORCID: 0008-0923-394X

Correspondencia: ramonlarcade@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 1 de marzo de 2024.

Aceptado: 24 de junio de 2024.

Conclusión: Se ofrecen recomendaciones para mejorar las funciones de los padres en la UCIN, promover su participación en el cuidado de su hijo e intervenciones para prevenir la manifestación de sufrimiento psicológico y/o trastornos afectivos perinatales. Se presentan los compromisos de un psicólogo en un equipo de la UCIN y requieren no solo habilidades clínicas, sino también la capacidad de manejar las dificultades emocionales y relacionales de los padres, la familia y el personal de la UCIN. Se ofrecen consideraciones y sugerencias sobre las dificultades encontradas por los padres en la UCIN durante la pandemia de COVID-19.

COMENTARIO

El nacimiento prematuro suele ser una experiencia más que desafiante para sus progenitores, que requieren del apoyo emocional y el enfoque integral del equipo de salud para favorecer la construcción de un vínculo de cuidado saludable con su hijo/a recién nacido (RN).

Aunque tal vez parezca obvio, el nacimiento de un bebé pretérmino, es a su vez el nacimiento antes de tiempo de un padre y muy frecuentemente, también, un evento inesperado que puede tener un impacto emocional en la vida familiar y parental.

Quien comenta este artículo, ha sido un RN prematuro, y padre de un RN prematuro, además de profesional de la salud.

Desde lo emocional, el nacimiento de un hijo/a prematuro coloca a los progenitores en un estado psicológicamente también prematuro en el que ambos están expuestos no solo al estrés y a una sensación casi constante de vulnerabilidad, sino también a una amplia gama de emociones, como miedo, ansiedad, culpa, envidia e impotencia, al ver a su hijo frágil en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Muy frecuentemente ambos progenitores manejan simultáneamente sensaciones ambivalentes de alegría, enojo, impotencia, apatía, agotamiento emocional y esperanza que conviven entre sí, continua y cotidianamente. Esto implica una carga mental y anímica enorme para ambos.

Las emociones de los padres se ven influenciadas por una serie de factores, como:

- La edad gestacional y el peso al nacer. Los bebés que nacen con menos semanas de gestación y de menor peso requerirán probablemente de mayor tiempo

de internación, son más propensos a tener complicaciones, secuelas o desafíos, lo que puede aumentar la ansiedad y la preocupación de los padres.

- El estado de salud del RN también impacta directamente en el estado anímico y emocional de los padres. Si el RN cursa con problemas médicos graves, los padres pueden experimentar una mayor sensación de pérdida y tristeza. Transitan también las etapas complejas de un duelo sobre el hijo ideal vs. el posible.
- Tanto la presencia de una red familiar de contención como del entorno de cuidado (equipo de salud ampliado) hacen que transiten acompañados la incertidumbre de la internación y el futuro de ese RN. Los padres que reciben apoyo emocional tienen más probabilidades de sobrellevar mejor la experiencia del nacimiento prematuro, mejor manejo emocional y del apego, mejor construcción del vínculo de cuidado.

Históricamente, el equipo de salud perinatal hizo más foco en el manejo del impacto emocional del nacimiento prematuro principalmente en la madre, no visibilizando e incluso postergando el cuidado emocional paterno.

Este artículo explora las características de la paternidad en el contexto de los RN internados en la UCIN y destaca el impacto significativo del nacimiento prematuro en la vida emocional y en el apego entre padres (figura paterna) e hijos.

El padre de un hijo internado en la UCIN puede sufrir trastorno de ansiedad, depresión, hipocondría, somatización y consumo problemático de sustancias, entre otros. Esto a su vez puede manifestarse por síntomas específicos o comportamientos problemáticos en los primeros 2-3 meses después del nacimiento.

Este artículo remarca la importancia de fomentar momentos de contacto exclusivo y reservado entre el padre y el RN, con intervenciones sencillas como la estimulación táctil y el contacto piel a piel.

Además, destaca la importancia de fomentar la relación e intercambio entre los padres de los niños nacidos prematuramente que se encuentran en la UCIN, con el objetivo de sentirse más acompañados, poder intercambiar opiniones, experiencias y consejos entre ellos.

- Como padre de un bebé prematuro que pasó por la UCIN, puedo decir que necesitamos por sobre todas las cosas, poder ponernos en las manos del otro. Confiar los cuidados en otro. Ese otro es el

equipo de salud y más precisamente las enfermeras que son las cuidadoras primarias en la internación. Necesitamos que nos contengan, que nos consuelen, que nos den esperanzas y que nos den tranquilidad. Tranquilidad de que nos están cuidando, al RN y a nosotros como papás. Enfermería es la primera línea de cuidado entre el RN y su entorno, el equipo de salud y sus progenitores. A su vez, los cuidados de enfermería hacen que los síntomas menos nuestros y más de ellas. Los “bebés de las máquinas”, de los monitores, del entorno de los cuidados intensivos, de ellas, las enfermeras, de ellas que saben más y mejor lo que les pasa y qué es lo que necesitan, al menos en una primera etapa. Es ese cuidado amoroso de enfermería, el que antes del alta tiene que generar la transferencia de cuidados y de “alarmas” a los progenitores.

- Otra de las cosas que me impactaron mucho en esa etapa de internación eran las visitas que yo realizaba fuera de hora. En esa época hacía varias guardias a la semana e iba a acompañar a mi hijo en los horarios que podía. Yo, como padre, necesitaba saber que podía ir cualquier día, a cualquier hora y ver que lo cuidaban bien, sobre todo de manera amorosa y silenciosa, como lo haríamos nosotros. Como si fueran su madre y como si fuera de ellas. Otra vez de ellas. Eso me daba tranquilidad, saber que no dependía de que nosotros estuviéramos ahí cerca para saberlo cuidado. Y también se notaba que lo atendían brindando cuidados de higiene, alimentación, y contención. Esa es otra de las cosas que a partir de entonces aprendí a reclamar a los equipos en los que trabajo, que los cuidemos bien y que también se note y se muestre que los cuidamos. Los padres necesitamos de ambas cosas, para irnos tranquilos a descansar.
- Recuerdo también que analizaba el entorno y veía en la cara y las expresiones de todos sus cuidadores la preocupación, su angustia, o gestos de tranquilidad sobre la evolución de mi hijo. Ante una apnea o una desaturación de oxígeno, inmediatamente esperaba descifrar en la mirada de sus cuidadores si era una situación para preocuparnos o para dejarnos cuidar. También me di cuenta de que necesitamos poder leer gestos coherentes en nuestro entorno, que sean concretos sin dejar de ser amorosos, más allá del pronóstico o la situación clínica.

El apoyo emocional a los padres en neonatología es fundamental para facilitar la construcción del vínculo paterno con ese RN, brindándoles la oportunidad de participar activamente e involucrándolos (no como espectadores) en la evolución y los cuidados del RN.

Este artículo aporta consejos específicos para brindar apoyo emocional y contención a los padres de RN prematuros que incluyen:

- Informar a los padres sobre la evolución clínica del RN y las expectativas del tratamiento. Dar tiempo y espacio para que procesen la información y eventualmente repregunten a posteriori.
- Estimular la participación del padre en los cuidados del RN. Invitarlo a participar activamente del acompañamiento del binomio a la vez que transita su propia paternidad.
- Fomentar el contacto piel con piel entre padre e hijo.
- Explorar desde el equipo de salud, de manera regular, el estado emocional de ambos progenitores, entendiendo que frecuentemente, son procesos que se viven individualmente en ambos progenitores y que ellos pueden cursar diferentes etapas del duelo.
- Estimular a los padres a compartir experiencias y emociones con otros padres de la UTIN en reuniones grupales supervisadas.
- Ofrecer terapia de apoyo familiar para ayudar a los padres a mejorar el contacto y la comunicación de su estado emocional, sobre todo en los casos de internaciones prolongadas o de gravedad.
- Ofrecer un enfoque articulado basado en un equipo de abordaje integral (equipo perinatal, salud mental y trabajo social) resulta indispensable en el acompañamiento tanto de las familias como del equipo de salud.
- Se sugiere también utilizar herramientas estandarizadas de evaluación periódica para la detección oportuna de trastornos afectivos en los padres como la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) o la Evaluación Perinatal de la Afectividad Paterna (PAPA).

REFERENCIAS

1. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379-407.
2. Caparrós-González RA, Rodríguez-Muñoz MF. Depresión posparto paterna: visibilidad e influencia en la salud infantil. *Clínica y Salud.* 2020;31(3):161-163.
3. Stefana A, Lavelli M. Parental engagement and early interactions with preterm infants during the stay in the neonatal intensive care unit: protocol of a mixed-method and longitudinal study. *BMJ Open.* 2017;7(2):e013824.
4. Treyvaud K, Spittle A, Anderson PJ, O'Brien K. A multilayered approach is needed in the NICU to support parents after the preterm birth of their infant. *Early Hum Dev.* 2019;139:104838.

Comentario de artículo

La música afecta la maduración microestructural cortical cerebral en bebés muy prematuros: un estudio de imágenes por resonancia magnética de difusión longitudinal

Music impacts brain cortical microstructural maturation in very preterm infants: A longitudinal diffusion MR imaging study

Sa de Almeida J, Baud O, Fau S, Barcos-Munoz F, et al.
Dev Cogn Neurosci. 2023;61:101254

Comentario: Mt. Alejandra Giacobone¹, Lic. Mt. Gabriel Solarz Di Cola², Lic. Marina Varela Olid³

RESUMEN

El nacimiento prematuro altera importantes procesos de desarrollo neurológico que ocurren desde la mitad de la vida fetal hasta la edad de término. La musicoterapia, al enriquecer la información sensorial de los bebés, podría mejorar la maduración cerebral durante este período crítico de plasticidad dependiente de la actividad. Para estudiar el impacto de la música en los cambios estructurales cerebrales de los recién nacidos (RN) prematuros, se reclutaron a 54 RN muy prematuros asignados al azar para recibir

o no una intervención musical diaria. Se efectuó una resonancia magnética de difusión multicapa longitudinal, antes de la intervención (a las 33 semanas de edad gestacional) y después (a la edad equivalente al término). Se utilizó el análisis NODDI (técnica práctica de resonancia magnética por difusión para estimar la complejidad microestructural de dendritas y axones).

Los resultados obtenidos respaldan una maduración macro y microestructural longitudinal temprana del cerebro de la materia gris blanca y cortical en RN prematuros. La intervención musical provocó un aumen-

1. Musicoterapeuta clínica. Especialista en estimulación temprana. Supervisora Clínica en Salud Pública, Hospital Ricardo Gutiérrez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Hospital Tornú, Ciudad autónoma de Buenos Aires, Hospital Ludovica, La Plata, Centro de Desarrollo Infantil, San Isidro, INAREPS, Mar del Plata. Docente Universitaria, Universidad Nacional de San Martín. ORCID: 0009-0005-9855-2587

2. Lic. en Musicoterapia. Mg. en Cuidados Paliativos. Egresado Carrera Hospitalaria Hospital Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ex Instructor de Residentes. Diplomado en Bioética. Docente Universitario, Universidad ISALUD. ORCID: 0009-0003-4657-3269

3. Lic. en Musicoterapia. Profesional de planta del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur, Mar del Plata. Formación Protocolo RBL NICU First Sounds Joanne Loewy. ORCID: 0009-0004-1931-3493

Correspondencia: alejandragiacobone@gmail.com

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Recibido: 10 de mayo de 2024.

Aceptado: 11 de junio de 2024.

to de la complejidad intracortical en regiones importantes para el desarrollo socioemocional, que se sabe que están deterioradas en los RN prematuros.

COMENTARIO

El siguiente comentario ofrece una perspectiva desde los profesionales musicoterapeutas, basada en sus competencias profesionales relacionadas con el uso de experiencias musicales y sonoras en el ámbito de la salud y el desarrollo humano, tanto en la clínica como en la investigación. Esto implica una mirada bioética a partir de aportes específicos de estos profesionales, y pone en discusión ciertos preconceptos que erróneamente subyacen en la construcción de categorías de análisis que relacionan la música y el desarrollo humano.

Los aspectos abordados en este análisis no tienen como objetivo cuestionar el diseño metodológico de la investigación en cuestión. No existen objeciones respecto al muestreo y análisis estadístico de la información obtenida. No obstante, es importante anticipar que el comentario incluye un cuestionamiento bioético sobre la realización de una intervención sin la formación adecuada para comprender su naturaleza y sus posibles efectos en la salud humana. Muchas de las categorías observadas en el comentario reflejan una deficiencia en la investigación, comenzando desde su aprobación, donde se evidencia una falta de conocimiento específico sobre las categorías de análisis relacionadas con la intervención sonoro-musical, así como la falta de experiencia profesional para su implementación. Esto conlleva consecuencias que van desde la romantización del uso del recurso musical y la subestimación del sufrimiento de los bebés internados en terapias neonatales, hasta intervenciones deshumanizadas que afectan el desarrollo afectivo y la cognición social.

Además, estas deficiencias pueden llevar a conclusiones erróneas tanto sobre el impacto sanitario como sobre las consecuencias de estas intervenciones. La cuestión fundamental de este comentario es un cuestionamiento bioético sobre la investigación y la implementación de intervenciones para las cuales no se posee la formación adecuada, independientemente de la formación metodológica utilizada para el muestreo y el análisis de datos.

La lectura del artículo proporciona datos sobre la maduración del cerebro infantil, ubicándose en el desarrollo prenatal, y aborda los efectos de la privación generada por el nacimiento del RN prematuro, exa-

minando las características del último trimestre del embarazo. A partir de esto, se propone una intervención musical y se analiza mediante imágenes de resonancia magnética (RM) que muestran el impacto de dichas intervenciones.

¿Qué noción de ser humano subyace en una investigación de estas características? ¿Qué conocimientos sobre la experiencia sonoromusical humana sustentan la intervención?

Desde la musicoterapia, se plantea que un uso inexperto de la estimulación musical puede generar efectos iatrogénicos indeseables. Este comentario pretende advertir sobre los riesgos derivados del reduccionismo habitualmente asociado al uso de música en salud e investigación.

Desde una perspectiva de competencia musicoterapéutica y conocimiento en derechos, se expresarán varios planteamientos derivados del artículo en cuestión y se presentará una postura sobre el niño prematuro como sujeto de derechos.

¿Qué tipo de estimulación humaniza? ¿Es posible descartar la intersubjetividad de una investigación sobre los efectos de una estimulación musical humana? ¿Qué significa escuchar música para un RN? ¿Qué efectos diferenciales existen entre la escucha directa y la escucha reducida? ¿Cómo se evalúan y validan los ajustes expresivos propios de cada encuentro singular (intersonoridad)?

¿Qué aporta esta investigación a los modos en que se implementan los cuidados perinatales? ¿Qué nuevos conocimientos aporta sobre la interferencia sonoromusical apreciable en muchos niños con secuelas emocionales de prematuridad extrema? ¿Cómo se piensa la intervención musical temprana en el marco de la bioética?

En la era digital, el universo de publicaciones académicas y científicas se ha expandido enormemente, presentando una amplia variedad en cantidad y calidad. Para los profesionales de la salud, esto plantea un desafío significativo: la necesidad de leer críticamente la información científica con la que se actualizan y aprenden. Un artículo científico debe analizarse considerando varios criterios, entre ellos, la hipótesis investigada, su impacto y relevancia como aporte científico. Además, es crucial evaluar el diseño metodológico, la idoneidad de los investigadores, la solidez de los fundamentos iniciales y contrastarlo con otra información científica que pueda cuestionar las afirmaciones publicadas.

El artículo de Almeida et al., presenta varios aspectos que merecen especial atención. Primero, los autores y la propuesta clínica que plantean. El artículo introduce la musicoterapia como un enfoque para la estimulación sensorial, lo que suscita serias preocupaciones respecto a la justificación de la investigación. En primer lugar, ninguno de los investigadores es musicoterapeuta, lo que indica una formación insuficiente para articular una intervención organizada basada en lo sonoro-musical en relación con el proceso de salud de un paciente, especialmente en el desarrollo infantil.

En segundo lugar, la musicoterapia es una formación académica específica que implica una serie de procedimientos y modalidades de abordaje característicos, y no es simplemente estimulación sensorial con música. Se recomienda la lectura de publicaciones que abordan la superación de la “terapia musical” entendida como la simple aplicación de música, por la musicoterapia como práctica científica cuya competencia es la experiencia sonoro-musical humana y cuya herramienta es la escucha trabajada del musicoterapeuta.¹

Establecer que un cerebro se modifica frente a estímulos no es algo novedoso; es un conocimiento que se tiene desde hace más de cien años, desde los inicios de la neurología. Incluso Sigmund Freud (1856-1939) planteaba, sin necesidad de imágenes cerebrales de alta precisión, que las experiencias modifican el cerebro. La pregunta que debe plantearse es si esa modificación tiene un correlato con una experiencia emocional, afectiva o un aprendizaje significativo. Si el cerebro humano en los principios de su desarrollo recibe estímulos musicales en contextos de estrés y dolor, ¿qué experiencia está aprendiendo ese cerebro? El cerebro, entendido como órgano de reacción, resulta insuficiente a la luz de la epigenética para dar cuenta de lo que humanamente beneficia.

Los especialistas en desarrollo temprano tienen la responsabilidad de mantener vigente el requisito indispensable del ser humano: las vivencias vinculares que configuran la experiencia humana de mutualidad gratificante.²

En el cerebro queda registrado físicamente el resultado de nuestras experiencias subjetivas e intersubjetivas. Las vivencias humanas, atravesadas de afectos, dolor, emociones, deseos, intercambios y sensaciones, siempre dejan marcas en el cerebro. Decir que el cerebro se modifica según los estímulos del entorno no es una novedad. Cada experiencia, por más mínima que sea, tiene un correlato en una modificación

de nuestra estructura neuronal. El cerebro siempre aprende y, por lo tanto, se modifica. Lo importante es cómo se conceptualizan esas modificaciones.

¿Es lo mismo estar en una cuna, rodeado de luces, personas desconocidas, ruidos extraños y música, que escuchar sonidos provenientes de la voz humana (vivencia directa) de un referente afectivo, con una organización simple en una temporalidad, intensidad y densidad que, desde las primeras experiencias, se puede llegar a apreciar e intentar relacionarse con ellos?

Y uno de los asuntos fundamentales: ¿de qué música se está hablando? ¿Con qué criterios se considera una producción musical como tranquila, rítmica, relajante, estimulante? ¿En qué contexto cultural y de época se ubica que una pieza musical agrada o desagrade, favorece o entorpece, ayuda o perjudica?

El estudio en cuestión manifiesta claramente no considerar los intercambios sonoros humanos en su muestra; sin embargo, plantea que utilizó música. Esto lleva a cuestionar, en términos de un análisis profundo del protocolo de investigación, ¿cómo se organizaron dichas categorías? ¿Se evaluaron los potenciales riesgos de esta propuesta para los usuarios? La carencia de conocimiento acerca de la intersonoridad³ y de la musicalidad primordial⁴⁻⁶ puede representar un riesgo para la salud mental de los RN sujetos de la muestra.

La musicalidad es una condición de la especie, a diferencia de la música que es una producción cultural. Lo que los adultos llaman música es una construcción basada en años de intercambio social y cultural. Lo que la cultura occidental denomina música no necesariamente es lo mismo en otras culturas. Entonces, ¿cuáles fueron los estímulos musicales que se presentaron y por qué se piensa que el procesamiento cognitivo de estos estímulos se percibe con la organización que se denomina música? La organización con la que se perciben los sonidos y que se llama música es parte de los reiterados intercambios sonoro-expresivos con el entorno vincular significativo, y se organiza como música por cualidades innatas que permiten organizar los aspectos que materialmente conforman la cognición social, lo que, entre otras cosas, permite hacer música.

Poner música a los bebés y asumir que estos tienen la misma experiencia y posibilidad de relación que los adultos es otra forma de paternalismo escondido detrás de algunas propuestas que pretenden “humanizar” el sistema de salud. Esta perspectiva adulto-

céntrica y romántica del uso de la música asume erróneamente que su aplicación es inocua, y que los RN y las niñas o niños deben tener la misma experiencia y placer por la escucha musical que un adulto sano. Es imprescindible desromantizar el uso de la música en ámbitos de salud y desestimar su banalización.

Varios aspectos de esta publicación plantean interrogantes sobre su verdadera relevancia. Muchas de las afirmaciones presentadas como conclusiones son en realidad hipotéticas y requieren ser evaluadas en la población muestral a lo largo del tiempo, utilizando herramientas estandarizadas apropiadas para confirmar el impacto positivo en el desarrollo socioemocional de los niños prematuros. Es preocupante, dada la posible influencia de esta publicación en la comunidad de profesionales responsables de la atención de RN, que se promueva la idea reduccionista de estimularlos con música, ignorando el carácter relacional e intersubjetivo del desarrollo socioemocional, así como la importancia de la musicalidad primordial en la regulación afectiva y en los aprendizajes significativos que contribuyen al proceso de humanización y culturalización.

Esta idealización de los procesos de atención de la salud mental de los RN prematuros oculta muchas de las prácticas iatrogénicas y desafectivizadas a las que son sometidos cotidianamente. El sistema de salud no logra avanzar de manera efectiva en áreas como la promoción del contacto humanizado, incluso en contextos de terapias de alta complejidad médica. Prácticas carentes de fundamentos científicos que respalden los intercambios intersubjetivos como principal factor protector de la salud mental y del desarrollo humano, contradicen el interés superior del menor y afectan gravemente su autonomía y su potencial de salud.

Otro aspecto de alta relevancia es la falta de evaluación del riesgo psicofísico y relacional de la interven-

ción musical temprana en la investigación. En el estado del arte, no se ha incluido bibliografía científica sobre intersubjetividad primaria ni sobre los efectos de la contaminación acústica y sonora en etapas pre, peri y posnatales. Es fundamental contrastar con investigaciones acerca de la invasión sonora y la sobreestimulación musical en los cuidados neonatales.⁷ Los desarrollos conceptuales musicoterapéuticos de los últimos treinta años seguramente enriquecerían este tipo de proyectos de investigación basados en la "intervención musical".

Como se advirtió al inicio del comentario, independientemente de los aspectos metodológicos, los comités de ética y el seguimiento de la investigación deberían considerar la evaluación experta de los musicoterapeutas al aprobar estudios de intervención basados en el uso de la música y el sonido. Al igual que una investigación farmacológica requiere de profesionales expertos que ofrezcan una perspectiva amplia sobre las posibles variables y el efecto de su aplicación en la población, asegurando que no implique un riesgo mayor al mínimo y que no cause daño a los participantes, es pertinente señalar esta deficiencia. Independientemente del diseño metodológico y los resultados obtenidos, se evidencia una falta de conocimientos básicos sobre el objeto de estudio y sobre muchos aspectos del desarrollo infantil y los modos de presentar estímulos a los bebés de forma saludable y efectiva. A partir de lo expuesto, se recomienda que los aspectos evaluados por los expertos musicoterapeutas sean tomados en cuenta por el comité de ética al aprobar investigaciones que involucren la experiencia sonoro-musical humana.

"No existe música sin contexto. (...) La música al transmitirse se transforma (...) La música tiene el interés teórico mayor de poner en evidencia el carácter fundador de los ritmos corporales. (...) La organización sonora no tiene otro principio que la estructura simbólica que le corresponde".⁸

REFERENCIAS

1. Casal Passion V, Giacobone A, Luhía MA. La Musicalidad Fundante de lo Humano. Buenos Aires: AASM; 2019.
2. Stern D. El Mundo Interpersonal del Infante. Buenos Aires: Paidós; 1991.
3. Gauna G, Giacobone A, Licastro L. Musicoterapia en la Infancia. Tomo 1. 1.ª Ed. Diseño Editorial; 2015.
4. Giacobone A. El derecho de hacerse escuchar desde temprano. En: Escuchar las Infancias. Tollo MA (comp.). Ed. Noveduc; 2019. Cap. 5.

5. Armus M, Giacobone A. Desarrollo emocional, vínculo temprano, comunicación y lenguaje. En: PRONAP 2017, Módulo 3. Sociedad Argentina de Pediatría. 2017. Cap. 2.
6. Giacobone A. Historia Abreviada De La Musicalidad Primordial. En: Re-existencia juego y poesía: metáforas para la subjetividad en tiempos complejos. La Usina del Forum. Edición N°5. Abril de 2024. [Consulta: 9 de julio de 2024]. Disponible en: <https://foruminfancias.com.ar/historia-abreviada-de-la-musicalidad-primordial/>
7. van der Heijden MJE, Oliai Araghi S, Jeekel J, Reiss IKM, et al. Do Hospitalized Premature Infants Benefit from Music Interventions? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE*. 2016;11(9):e0161848.
8. Molino J. El Mono Músico. Argentina: Ed. Último Recurso; 2019.



www.fundasamin.org.ar