

Editorial

- » La exposición precoz a pantallas ¿un riesgo invisible?

Artículo de investigación

- » Nidos de contención en recién nacidos prematuros para la estabilización de parámetros fisiológicos

Artículos de actualización

- » Neonatos con piel de cristal: puesta al día en los cuidados de enfermería
- » Entre la tensión y el consenso: algunos aportes a la resolución de conflictos en neonatología
- » Lactancia materna: un reto en salud pública en México

Comentarios de artículos

- » Percepciones de la dinámica de la atención y la comunicación en equipo durante las reanimaciones en la unidad de cuidados intensivos neonatales: un estudio cualitativo basado en entrevistas
- » ¿Importa el ruido en mi unidad neonatal? Estudio exploratorio transversal de encuesta de opinión profesional de cohortes múltiples

TRAYECTORIA Y LIDERAZGO EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO Y SU FAMILIA

Desde hace más de 40 años impulsando el desarrollo académico y la tecnología de vanguardia en Neonatología.



Favorecemos el contacto inmediato de los niños al nacer con su madre, padre o acompañante.



Contamos con tecnología de vanguardia para la atención de pacientes de alto riesgo.



Ofrecemos seguimiento en consultorios externos, posterior al alta del recién nacido.



Brindamos asistencia psicológica para acompañar a la familia durante la internación.



SANATORIO
OTAMENDI

Azcuénaga 870, CABA

(011) 4964-8770

+54 9 11 3543-6390

OTAMENDI.COM.AR



PH: Cora Fico @fotografia_rodante

ISSN 2591-6424

Enfermería Neonatal

AUTORIDADES

Editora Responsable

Mg. Guillermina Chattás

Universidad Austral, Buenos Aires, Argentina

Editora Asociada

Mg. Rose Mari Soria

Universidad Austral, Buenos Aires, Argentina

Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, 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 Arnaldo

Hospital Madre Catalina Rodríguez, Merlo, San Luis, Argentina

Mg. Mónica Barresi

Sanatorio Finochietto y Universidad Austral, CABA, Argentina

Dra. en Enf. Bibiana Chinea Jiménez

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

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

La exposición precoz a pantallas ¿un riesgo invisible?

Mg. Rose Mari Soria 4

Artículo de investigación

Nidos de contención en recién nacidos prematuros para la estabilización de parámetros fisiológicos

Mg. Ligia María Rosado Alcocer, Mg. Laura Dioné Ortiz Gómez, Lic. Gibrán Miguel Cano Loria, Lic. Nisandaaya Xhunashi Gutiérrez Cuevas, Lic. Guadalupe de la Luz Espinosa Pacheco 6

Artículos de actualización

Neonatos con piel de cristal: puesta al día en los cuidados de enfermería

Esp. Graciela Díaz 20

Entre la tensión y el consenso: algunos aportes a la resolución de conflictos en neonatología

Mg. Marcela Arimany 32

Lactancia materna: un reto en salud pública en México

Mg. Omar Medina de la Cruz, Dra. Verónica Gallegos García, Dra. Francisca Angélica Hernández Torres, Mg. Elba Iveth Sebastián Hernández, Dra. Juana Guadalupe Mendoza Zapata, Mg. Laura Luz Mendoza Pérez, Dr. Juan de Dios Hernández Morales 43

Comentarios de artículos

Percepciones de la dinámica de la atención y la comunicación en equipo durante las reanimaciones en la unidad de cuidados intensivos neonatales: un estudio cualitativo basado en entrevistas

Comentado por: Lic. Daniel Alberto Molina 59

¿Importa el ruido en mi unidad neonatal?

Estudio exploratorio transversal de encuesta de opinión profesional de cohortes múltiples

Comentado por: Lic. Rodrigo Domínguez 64



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

Editorial

LA EXPOSICIÓN PRECOZ A PANTALLAS ¿UN RIESGO INVISIBLE?

Early screen exposure: an invisible risk?

Exposição precoce a telas: um risco invisível?

La enfermería neonatal se ha formado y se actualiza permanentemente con el objetivo de adquirir o mantener competencias, a fin de dar respuesta a las nuevas necesidades de los recién nacidos (RN) y sus familias. Un concreto ejemplo es el cuidado para el neurodesarrollo, un eje transversal en el cuidado neonatal que evolucionó conforme al desafío del creciente número de recién nacidos prematuros o críticamente enfermos que recibían las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Se incorporó como una filosofía de cuidado cotidiano, con el propósito de promover y optimizar el cuidado para el desarrollo desde el momento del nacimiento, durante la internación y luego del egreso al hogar. La inclusión inmediata de la familia al cuidado y la educación a las familias para ser parte activa, es la columna vertebral de una implementación integral en todo lo que implica al cuidado de un RN y su salud futura.

Actualmente, se presentan nuevos desafíos en un mundo en donde la tecnología digital es el eje de las comunicaciones, y resulta imprescindible para la vida habitual de la gran mayoría de las personas. Las pantallas son protagonistas y acompañan en todo momento gran parte de las actividades que los humanos desarrollan en los diferentes ámbitos.

Las personas gestantes no están ajenas a esta realidad y, por el contrario, a punto de partida de la gestación pueden experimentar la necesidad de mayor contacto con las pantallas como forma de compartir novedades, socializar experiencias y otras cuestiones respecto del embarazo.

En el año 2017, se realizó un estudio sobre el uso de celular durante el embarazo, las manifestaciones conductuales de sus hijos en la infancia, y su asociación con las conductas vinculadas al uso del celular en el embarazo por parte de las madres. Es uno de los más grandes sobre el tema. Se analizó una cohorte de 83 884 binomios. Se describió que, de todos los niños observados, el 6,6 % tuvo dificultades generales de conducta, un 8,3 % mostró hiperactividad y falta de atención, y un 12 % presentó problemas emocionales. Los resultados de este y otros estudios no permitieron hacer afirmaciones categóricas, en parte porque los problemas observados son multicausales. Sin embargo, pusieron en foco el riesgo del uso inadecuado del celular y su vinculación con la salud mental y emocional, y el desarrollo. En consecuencia, se planteó la necesidad de ampliar esa línea de investigación para buscar evidencia.

Actualmente se ha estudiado la existencia de una fuerte relación entre la ansiedad materna durante el embarazo y un peor desarrollo neurológico en los niños. La exposición a pantallas puede afectar la salud materna de distintas maneras. Las gestantes que pasan mucho tiempo frente a pantallas, en particular en redes sociales, son más propensas a experimentar estrés, ansiedad y desesperación. Las investigaciones muestran que, sustancias químicas como el cortisol, pueden atravesar la barrera placentaria y alterar el desarrollo cerebral fetal, lo que podría provocar dificultades cognitivas y emocionales a largo plazo en el niño. El efecto directo del tiempo frente a pantallas en el desarrollo sensorial fetal aún no puede mensurarse fehacientemente, sin embargo, los mecanismos indirectos muestran efectos potenciales considerables.

El bienestar materno desempeña un papel crucial en el desarrollo cerebral fetal, y se ha demostrado que el vínculo posnatal favorece el desarrollo emocional y cognitivo. De manera que, regular el uso de pantallas para favorecer el sueño, la actividad física, la disminución de la ansiedad y del estrés, y la interacción materno fetal positiva redundan en embarazos más saludables.

Los recién nacidos y lactantes pequeños en muchas oportunidades son expuestos a las pantallas con sonidos, música o canciones acompañados de imágenes o iluminación antes de dormir, para inducir el sueño, o incluso para acompañar el sueño. A los cuatro meses de edad, algunos tienen exposición habitual a pantallas y más del 90 %, a los doce meses, ya han utilizado un dispositivo móvil. A edades tan tempranas, pueden fijar la mirada

en los colores brillantes y los movimientos en la pantalla, pero sus cerebros no pueden discernir o hacer significativas esas imágenes que resultan incomprendibles. El argumento de los adultos redonda en que “a su bebé le gusta” y por eso le ofrecen pantallas a modo de entretenimiento, juego, distracción o enseñanza. Además de no cumplir ninguno de los roles mencionados, interfieren en los procesos de adquisición del lenguaje, la motricidad fina, la socialización, el juego, la memoria a corto plazo, la atención, el sueño y la perspectiva del entorno entre otros. A futuro representan un riesgo considerable de menor actividad física, obesidad e hipertensión.

Desde el nacimiento y en los primeros años de vida, el tocar, explorar, sacudir cosas, desarmarlas, ver las caras y oír las voces de quienes son afectivamente cercanos es la fuente de experiencias que se necesitan para el desarrollo de habilidades que van en sintonía con un entorno real. En cambio, las investigaciones muestran que tocar, puentear o deslizar los dedos sobre una pantalla no fomenta destrezas que se traduzcan en aprendizaje de un mundo real. Esto fundamenta la recomendación de las sociedades científicas de no exponer a pantallas a los menores de 2 años, y de una exposición limitada, cuidadosa y racional con supervisión parental durante la infancia.

¿Qué podemos aportar los enfermeros/as neonatales como parte de la solución a este problema creciente? Como para la mayoría de las problemáticas en salud de la población, la promoción y prevención son las estrategias primordiales: difundir sobre los efectos de las pantallas en los neonatos, lactantes e infantes, educar acerca de hábitos saludables en el uso de la tecnología a las gestantes, las familias y la comunidad en general. Los recién nacidos humanos necesitan de otros humanos, no de pantallas.

Un lugar accesible para comenzar, son las maternidades, las UCIN y las salas de espera de los centros de salud, y escalar luego a todos los ámbitos de la comunidad.

Desalentar el uso de pantallas en las salas, además de coadyuvar con el control de infecciones, es una propuesta de focalizar la atención de las familias en la gestación, en sus hijos recién nacidos, sanos o enfermos, enfatizando el cuidado para el desarrollo, el fortalecimiento del vínculo y la adquisición de hábitos para una crianza saludable. La educación a la comunidad acerca del uso racional de pantallas en recién nacidos, lactantes y niños es una contribución imprescindible para la salud de las generaciones futuras.

Mg. Rose Mari Soria

Editora Asociada

Revista Enfermería Neonatal

REFERENCIAS

- Adamson B, Letourneau N, Lebel C. Prenatal maternal anxiety and children's brain structure and function: A systematic review of neuroimaging studies. *J Affect Disord.* 2018 Dec 1;241: 117-126. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.029.
- Birks L, Guxens M, Papadopoulou E, Alexander J, Ballester F, Estarlich M, et al. Maternal cell phone use during pregnancy and child behavioral problems in five birth cohorts. *Environ Int.* 2017 Jul;104:122-131. doi: 10.1016/j.envint.2017.03.024.
- Hasan MK. Balancing screen time during pregnancy: implications for maternal and fetal health. *AJOG Glob Rep.* 2024 Nov 17;5(1):100422. doi: 10.1016/j.xagr.2024.100422.
- Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Recomendaciones para el uso de pantallas para las familias. 2018. [Consulta: 12 de septiembre de 2025].
- Disponible en: <https://www.sap.org.ar/familia-y-comunidad/detalle/guia-de-uso-de-pantallas-para-las-familias>

Artículo de investigación

Nidos de contención en recién nacidos prematuros para la estabilización de parámetros fisiológicos

Nesting in premature newborns for the stabilization of physiological parameters

Ninhos de contenção em recém-nascidos prematuros para a estabilização de parâmetros fisiológicos

Mg. Ligia María Rosado Alcocer¹, Mg. Laura Dioné Ortiz Gómez²,
 Lic. Gibrán Miguel Cano Loria³, Lic. Nisandaaya Xhunashi Gutiérrez Cuevas⁴,
 Lic. Guadalupe de la Luz Espinosa Pacheco⁵

RESUMEN

Objetivo. Evaluar el efecto de la anidación en los parámetros fisiológicos del recién nacido prematuro como son frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno.

Metodología. Investigación cuantitativa de tipo revisión sistemática, siguiendo lineamientos PRISMA. Se formuló una pregunta PIO, se tradujeron términos por medio del DeCS y MeSH. Las fuentes consultadas fueron: PubMed, EBSCO, Refseek, Biblioteca Cochrane, Dialnet, Trip Database, Google Scholar, y ResearchGate, empleando el operador booleano AND en la creación de cadenas de búsqueda, se seleccionaron estudios con diseños experimentales, ensayos clínicos aleatorizados, cuasiexperimentales y ensayos cruzados, se excluyeron artículos a los que no se tuvo acceso al texto, eran duplicados, no tenían relación con el tema, y no cumplían con el tiempo establecido, en el periodo 2014 a 2024.

Resultados. Se identificaron 36 artículos en la búsqueda inicial, de los cuales se eliminaron 21 estudios: de ellos 10 estaban duplicados, 9 no estaban relacionados con el tema y 2 de acceso limitado. Finalmente, se seleccionaron 15 artículos que cumplieron los criterios de inclusión y calidad, evaluados mediante las Fichas de Lectura Crítica (FLC) versión 3.0 y realizando el análisis de sesgos. Los estudios incluidos corresponden 6 a diseños cuasiexperimentales, 2 ensayos clínicos aleatorizados, 2 experimentales y 2 ensayos cruzados. El proceso de selección se documentó utilizando el diagrama de flujo PRISMA.

Conclusiones. El uso del nido es eficaz para mantener la estabilidad de los parámetros fisiológicos (frecuencia respiratoria, temperatura, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno) de los recién nacidos prematuros.

Palabras clave: contención del recién nacido; prematuro; signos vitales; posicionamiento del paciente.

1. Maestría en Salud Pública, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: 0000-0002-1806-9802
2. Maestría en Investigación y Salud, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: 0000-0003-4570-9497
3. Licenciado en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: 0000-0002-7686-3959
4. Lic en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: 0009-0002-9446-9397
5. Licenciada en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: 0009-0002-8327-3284

Correspondencia: cuevasnis@gmail.com

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 16 de enero de 2025

Aceptado: 2 de mayo de 2025

ABSTRACT

Objective. To assess the effect of nesting on physiological parameters in premature newborns, such as heart rate, respiratory rate, temperature, and oxygen saturation.

Methodology. A quantitative systematic review was conducted following PRISMA guidelines. A PIO question was formulated, and terms were translated using DeCS and MeSH. The sources consulted were: PubMed, EBSCO, Refseek, Cochrane Library, Dialnet, Trip Database, Google Scholar, and ResearchGate. Using the Boolean operator AND to create search strings, we selected studies with experimental designs, randomized clinical trials, quasi-experimental trials, and crossover trials. We excluded articles that were missing text access, duplicates, unrelated to the topic, and were not within the established timeframe, covering the period from 2014 to 2024.

Results. 36 articles were identified in the initial search; a total of 21 studies were eliminated: 10 were duplicates, 9 were unrelated to the topic, and 2 had limited access. Finally, 15 articles that met the inclusion and quality criteria were selected and evaluated using Critical Reading Sheets (CRS) version 3.0, and bias analysis was performed. The included studies were 6 quasi-experimental designs, 2 randomized clinical trials, 2 experimental trials, and 2 crossover trials. The selection process was documented using the PRISMA flowchart.

Conclusions. The use of the nest is effective in maintaining the stability of physiological parameters (respiratory rate, temperature, heart rate, and oxygen saturation) in premature newborns.

Keywords: *facilitated tucking; premature; vital signs; patient positioning.*

RESUMO

Objetivo. Avaliar o efeito da aninhagem sobre os parâmetros fisiológicos do recém-nascido prematuro, tais como frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e saturação de oxigênio.

Metodología. Pesquisa quantitativa do tipo revisão sistemática, seguindo as diretrizes PRISMA. Foi formulada uma pergunta PIO e realizados os descritores por meio do DeCS e MeSH. As bases de dados consultadas foram: PubMed, EBSCO, Refseek, Biblioteca Cochrane, Dialnet, Trip Database, Google Scholar e ResearchGate, utilizando o operador booleano AND na construção das estratégias de busca. Foram selecionados estudos

com delineamentos experimentais, ensaios clínicos randomizados, quase-experimentais e ensaios cruzados. Excluíram-se artigos sem acesso ao texto completo, duplicados, não relacionados ao tema ou fora do período estabelecido (2014 a 2024).

Resultados. Identificaram-se 36 artigos na busca inicial, dos quais 21 foram excluídos: 10 por duplicidade, 9 por não estarem relacionados ao tema e 2 por acesso restrito. Foram incluídos 15 artigos que atenderam aos critérios de inclusão e qualidade, avaliados por meio das Fichas de Leitura Crítica (FLC) versão 3.0, além da análise de vieses. Dos estudos incluídos, 6 apresentavam delineamento quase-experimental, 2 ensaios clínicos randomizados, 2 experimentais e 2 ensaios cruzados. O processo de seleção foi documentado utilizando o fluxograma PRISMA.

Conclusões. O uso do ninho mostrou-se eficaz para manter a estabilidade dos parâmetros fisiológicos (frequência respiratória, temperatura, frequência cardíaca e saturação de oxigênio) dos recém-nascidos prematuros.

Palavras-chave: *contenção facilitada; recém-nascido prematuro; sinais vitais; posicionamento do paciente.*

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n49.01>

Cómo citar: Rosado Alcocer LM, Ortiz Gómez LD, Cano Loria GM, Gutiérrez Cuevas NX, Espinosa Pacheco GL. Nidos de contención en recién nacidos prematuros para la estabilización de parámetros fisiológicos. *Rev Enferm Neonatal*. Diciembre 2025;49:6-19.

INTRODUCCIÓN

La prematuridad es considerado un problema de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020 nacieron aproximadamente 13 400 000 millones de niños prematuros. Las complicaciones relacionadas con el nacimiento prematuro son la principal causa de muerte en niños menores de cinco años, cobrándose alrededor de 900 000 vidas en 2019. A nivel mundial, entre el 4 % y el 16 % de los niños nacidos en 2020, fueron prematuros.¹

Se considera recién nacido prematuro (RNPT), a aquel cuya gestación haya abarcado de 22 a 36 semanas inclusive. Cuando se desconoce la edad gestacional, se denomina así al producto de la concepción que haya pesado menos de 2500 g.² La prematuridad y el bajo peso al nacer forman parte de los problemas más comunes en los recién nacidos (RN). Es imprescindible

mencionar que el nacimiento prematuro es un fenómeno complejo y difícil de tratar, los órganos presentan inmadurez, que genera afectaciones fisiológicas y provoca trastornos y alteraciones con daños significativos que conducen a la discapacidad. Por lo cual es indispensable atenderlos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).³

El esquema biológico establecido en el útero es modificado por las influencias de un entorno radicalmente distinto al esperado, como es la UCIN. Si un RN no naciera prematuramente, continuaría en su entorno fisiológico intrauterino esperado, y a la vez flotaría en postura de flexión en el líquido amniótico a una agradable temperatura de 37 °C, mientras siente los movimientos y escucha los diversos sonidos producidos por su madre, y recibe nutrientes y oxígeno destinados a proporcionarle un crecimiento y maduración adecuados. Sin embargo, esta población presenta decrecimiento en el desarrollo de diversos sistemas, como son el circulatorio, el respiratorio y el neurológico, lo que genera en ellos alteraciones hemodinámicas que interfieren con su estabilidad, por lo cual será indispensable mantenerlos en constante monitorización.

La medición de signos vitales proporciona datos para determinar el estado del paciente, la respuesta a esfuerzos físicos y psicológicos, y a tratamientos médicos y enfermeros. Estos indicadores aseguran intervenciones satisfactorias que mitigan complicaciones en los prematuros.⁴ Para monitorear su estado fisiológico, se utilizan equipos médicos especializados según sus necesidades específicas; el personal clínico también realiza mediciones manuales cada 4 horas o hasta cada hora, según la gravedad del estado del paciente. Los signos vitales estándar que se controlan generalmente incluyen: frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), presión arterial, temperatura y saturación periférica de oxígeno (SpO_2).⁵

Se recomienda que el RNPT sea vigilado de manera continua, para que sus parámetros vitales se mantengan dentro de los límites normales: temperatura entre 36,5-37,5 °C, SatO_2 entre el 88-94 %, frecuencia respiratoria entre 40 y 60 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca entre 120-160 latidos por minuto.⁶

Un componente importante del cuidado individualizado es acomodar al neonato en nichos o nidos de material flexible, con la finalidad de promover su estabilidad fisiológica y relajarlo, ya que estos nichos permiten movimientos corporales suaves, seguridad y autocontrol, que contribuye a mejorar su desarrollo. Estos nidos simulan el útero, lo que conlleva a mantener al recién nacido prematuro estable y cómodo.⁷

Existen métodos que proporcionan posicionamiento de contención, entre los cuales se encuentra el uso de rollos de tela simples que establecen límites, contención o "anidación" (Figura 1). En el RNPT, actualmente se están implementando nuevos dispositivos de anidación prefabricados (Figura 2). Sin embargo, el nido elaborado con sábanas o mantas es el más utilizado por su fácil acceso en las unidades hospitalarias. De acuerdo con la literatura consultada, estos nichos impactan positivamente a nivel neurológico, así como en la estabilización de los parámetros fisiológicos.⁸

Se han realizado diversas investigaciones que sustentan el uso de nidos como una intervención beneficiosa en la estabilización de parámetros fisiológicos, tal es el caso de Hideki Kihara y Tomohiko Nakamura⁹ los cuales realizaron un estudio en un hospital de Japón en 2013. El propósito de este estudio fue observar en neonatos de muy bajo peso al nacer (MBPN) el efecto del apoyo posicional anidado y envuelto en la posición prona, sobre la frecuencia cardíaca, la distribución del sueño y el estado de conducta. En conclusión, ese estudio demostró que una posición prona, con apoyo del posicionamiento anidado y envuelto, podría facilitar el sueño y la estabilidad de la frecuencia cardíaca, en comparación con la posición prona sola en los bebés con muy bajo peso al nacer.

Nahed Saied Mohamed El-Nagger y Orban Ragab Bayoumi¹⁰ llevaron a cabo un estudio en Egipto en 2016. El objetivo fue evaluar el efecto de la aplicación de la técnica de anidamiento, como cuidado del desarrollo sobre el funcionamiento fisiológico y la organización neuroconductual de bebés prematuros. El estudio concluyó que la aplicación de la técnica de anidación como cuidado del desarrollo, tuvo un efecto positivo en el funcionamiento fisiológico y la organización neuroconductual de los bebés prematuros.

Yapıcıoğlu H. et al. realizaron en 2021, una investigación en la UCIN de la Universidad Çukurova, de Balcalı. Se evaluó el efecto de la colocación de una posición de apoyo sobre el aumento de peso, los signos vitales, y la intolerancia alimentaria. También su efecto sobre la duración de la ventilación y de la hospitalización, y las puntuaciones de la escala de confort de los neonatos prematuros. Concluyó que la anidación tiene un efecto positivo en la saturación de oxígeno y en las puntuaciones de la escala de comodidad.¹¹

El principal objetivo del uso de nidos de contención es promover la organización, contribuir a la mejora postural, el adecuado desarrollo neuromotor, la disminución del estrés, así como optimizar la estabilidad fisiológica; es por ello que se formula la siguiente pre-

Figura 1. Elaboración de nido con rollos de tela simple



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Nido comercial



Fuente: internet.

gunta: ¿en recién nacidos prematuros el uso de nidos de contención mejora la estabilidad de los parámetros fisiológicos?

MATERIALES Y MÉTODO

Investigación de tipo revisión sistemática con enfoque cuantitativo. La pregunta se formuló con base en la siguiente estructura: población, intervención, resultado (PIO).

El objeto de estudio se basó en recién nacidos prematuros, la intervención en el uso de nidos de contención y el resultado en la estabilización de los parámetros fisiológicos. El estudio sigue los criterios de la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). La búsqueda se realizó del 20 de agosto al 10 de noviembre de 2024 en PubMed, EBSCO, Refseek, Biblioteca Cochrane, Dialnet, Trip Database, Google Scholar y ResearchGate.

Para garantizar una búsqueda precisa y consistente, se utilizó el operador booleano “AND” y filtros como tiempo de publicación de los artículos, abarcando estudios del 2014 al 2024, así como también el acceso a textos completos.

Las cadenas de búsqueda planteadas fueron: *nesting AND premature and physiological parameters, premature AND vital signs, nidos de contención AND prematurez AND signos vitales, nesting AND premature, nesting AND preterm, premature AND nesting AND physiological, premature AND physiological*.

Fueron seleccionados aquellos artículos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: estudios primarios con diseño experimental, ensayos clínicos aleatorizados, cuasiexperimentales, estudios que abordan a los recién nacidos prematuros, artículos que enfatizan el efecto de los nidos contención en los parámetros vitales o fisiológico, de acceso libre y artículos en idioma español o inglés. Fueron excluidos aquellos estudios a los que no se tuvo acceso al texto completo, eran duplicados o no tenían relación con el tema.

Se realizó el análisis de la calidad metodológica de los artículos que fueron seleccionados para la investigación, mediante la plataforma Fichas de Lectura Crítica (FLC) versión 3.0 y mediante el análisis de sesgos (*Tabla 1*).¹²

El análisis de la evidencia se organizó de acuerdo con los niveles de evidencia y grado de recomendación, de la escala para la Medicina Basada en la Evidencia de

la Universidad de Oxford (OCEBM, *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*).¹³

RESULTADOS

El proceso de descarte y selección de la evidencia se realizó a través del diagrama de flujo PRISMA (*Figura 3*). Al realizar el análisis minucioso de estas evidencias, se encontró que la mayoría de los estudios, evalúan principalmente la estabilización de los siguientes parámetros fisiológicos en recién nacidos anidados: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura corporal y saturación de oxígeno.

Con respecto a la frecuencia cardíaca, se pudo observar en diversos estudios que fue el parámetro más significativo, en cuanto a disminución y estabilización. La frecuencia respiratoria y la temperatura corporal también mostraron estabilidad durante la evaluación. Un artículo evaluó la estabilidad de los parámetros durante las etapas del sueño; estos se mantuvieron estables durante el sueño activo y tranquilo. Otro artículo evaluó específicamente la saturación de oxígeno durante la posición supina y prona dentro del nido, concluyendo que el uso de nidos mejora la saturación de oxígeno independientemente de la posición del prematuro. Por otro lado, otros estudios enfatizan que no hubo mejora de este parámetro, de modo que este se considera variable dentro de los artículos revisados. Diversos estudios agregan que además de estabilizar y mejorar los parámetros fisiológicos, el uso de nidos en el prematuro tiene ventajas como el mantenimiento de la postura, mejor comodidad, disminución del dolor, reducción del estrés, mejora en el reflejo de succión, promoción del sueño y el descanso, así como favorecer el crecimiento y adecuado desarrollo.

Haciendo énfasis en los materiales utilizados, para la monitorización de los signos vitales, ciertos artículos mencionan únicamente el uso del monitor para la medición de variables como frecuencia cardíaca, respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno, y otros utilizan el termómetro digital, el uso del oxímetro, estetoscopio y reloj (*Tabla 2*). De acuerdo con la escala *Centre for Evidence-Based Medicine*, Oxford (OCEBM) (*Tabla 3*) todos los artículos fueron grado de recomendación A con nivel de evidencia 1b.

DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática, se concluyó que el uso de nidos de contención estabilizó los parámetros fisiológicos en los RNPT ingresados en las unidades de cuidados

intensivos neonatales. Poulose y otros, realizaron un estudio experimental sobre la eficacia del anidamiento en la incomodidad postural y los parámetros fisiológicos de los bebés con bajo peso al nacer en Delhi; el estudio concluyó que el uso de nido estabilizó los parámetros fisiológicos, así como también proporcionó comodidad y mejoró la postura.²⁶ Otros estudios, por el contrario, han encontrado resultados mixtos, como el hallazgo de que no existe un efecto significativo sobre la saturación de oxígeno, a pesar de que otros, como el de Unnikrishnan reportan efectos opuestos con diferencias estadísticamente significativas.¹⁸ Esto resalta la variabilidad en los resultados y la necesidad de una mayor estandarización en los diseños de estudio, así como en los instrumentos de medición de los parámetros evaluados. El estudio realizado por Maher y Elarousy²⁹ destaca cómo la posición prona anidada no solo favorece los parámetros fisiológicos de los neonatos, sino que también mejora la calidad del sueño. Por otro lado, la investigación de Kayalvizhi y sus colaboradores complementa estos hallazgos al evidenciar que

la intervención de anidamiento es eficaz para mejorar la postura y los movimientos en prematuros sanos.²⁷ Todos estos estudios refuerzan la idea de que el anidamiento no solo tiene un impacto positivo en los parámetros fisiológicos, sino que también influye en otros aspectos lo que es esencial en el cuidado integral de los recién nacidos prematuros.

Sin embargo, las limitaciones en el tamaño de las muestras y la duración de los estudios son críticas, lo que significa que es necesario continuar con investigaciones para confirmar estos resultados y solidificar las recomendaciones para la implementación del nido de contención como un seguimiento más prolongado y la inclusión de un número mayor de participantes. La falta de consenso sobre aspectos clave como los materiales, tamaños y tiempos óptimos para el uso del nido de contención también es un desafío significativo. Esto resalta la importancia de realizar ensayos clínicos aleatorizados, que podrían proporcionar datos más robustos y confiables para respaldar su implementación en

Tabla 1. Informe de evaluación de sesgo según la herramienta Cochrane

Autores	Sesgo de selección	Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de reporte
Ismail A, et al. ¹⁴	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo
Das HP, et al. ¹⁵	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Bajo riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo
Seniwati T, et al. ¹⁶	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo			
Indra Selvan V, et al. ¹⁷	Moderado riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo
Unnikrishnan et al. ¹⁸	Moderado riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo
Sumathy P, et al. ¹⁹	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo			
Kumar Y, et al. ²⁰	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo			
Alicia Jeba J, et al. ²¹	Moderado riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo
Kaur KA, et al. ²²	Moderado riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo
Mony K, et al. ²³	Moderado riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo
Nikam PN, et al. ²⁴	Moderado riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo
Prawesti A, et al. ²⁵	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Bajo riesgo de sesgo	Bajo riesgo de sesgo
Polouse R, et al. ²⁶	Moderado riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo
Kayalvizhi R, et al. ²⁷	Alto riesgo de sesgo	Moderado riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Bajo riesgo de sesgo
Jagadeeswari J, et al. ²⁸	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Alto riesgo de sesgo	Bajo riesgo de sesgo	Bajo riesgo de sesgo

Alto riesgo de sesgo Moderado riesgo de sesgo Bajo riesgo de sesgo

Fuente: Elaboración propia. Gutiérrez N, Espinosa G.

la práctica clínica. Establecer directrices claras basadas en evidencia podría mejorar la efectividad del nido de contención y permitir que los profesionales de la salud adopten esta intervención de manera coherente y fundamentada. Esto, a su vez, podría traducirse en mejores resultados a largo plazo para los bebés prematuros, reafirmando la importancia de seguir investigando y promoviendo intervenciones como el anidamiento en entornos clínicos.

CONCLUSIÓN

La integración del nido de contención en los cuidados diarios es muy beneficiosa, mejorando la estabilización de los parámetros fisiológicos. El hecho de que el uso del nido haya mostrado una disminución significativa en la frecuencia cardíaca, así como una estabilización de la frecuencia respiratoria y la temperatura, es una evidencia valiosa que refuerza su utilidad en el cuidado neonatal. La naturaleza no invasiva y el potencial de proporcionar comodidad adicional a los neonatos son aspectos cruciales que hacen del anidamiento una técnica ideal para complementar los cuidados rutinarios. Se necesitan estudios que aborden las características de los nidos, tiempo de uso y momento de retirarlo en el marco de la progresión de los cuidados en la UCIN.

Figura 3. Diagrama de flujo PRISMA

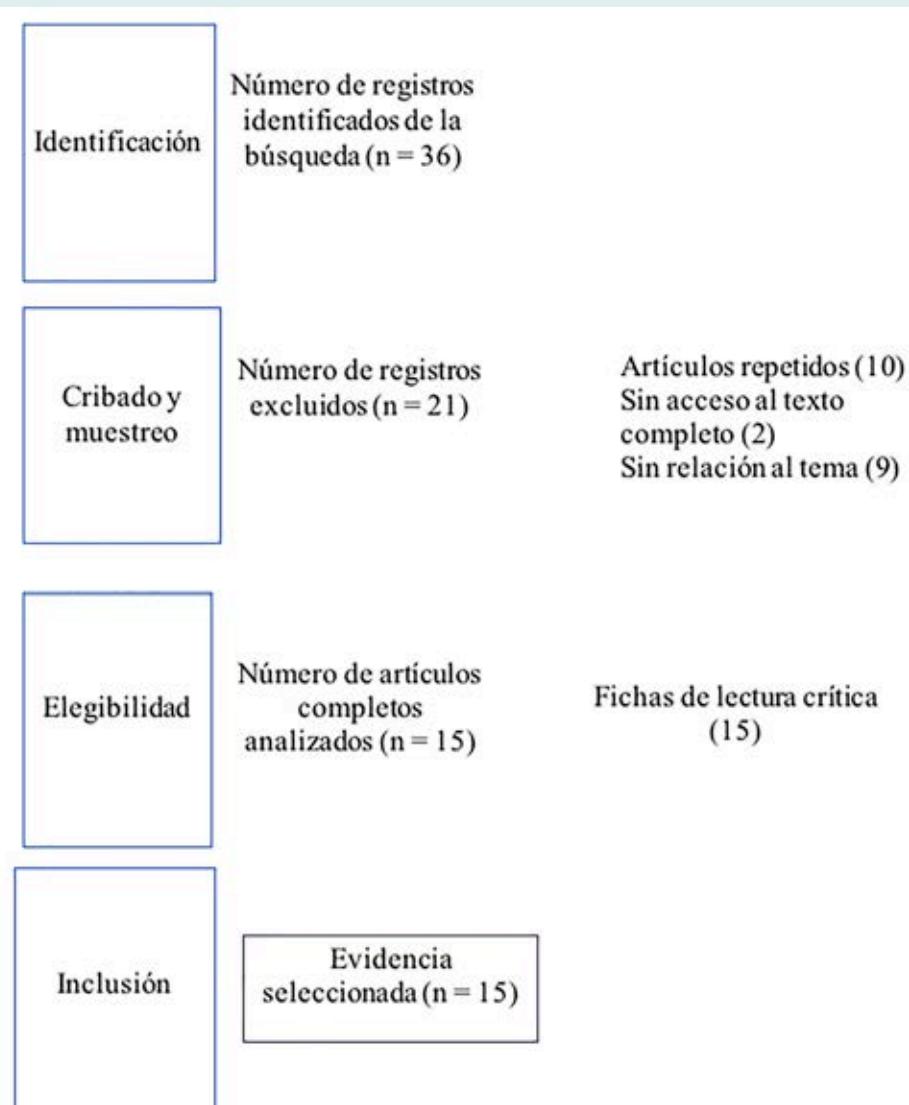


Tabla 2. Análisis de artículos

Autor	Población	Peso y semanas de gestación	Herramientas	Periodo evaluación	Tipo de nido
Ismail A, et al. ¹⁴ 2024 Arabia Saudita Cuasi-experimental	70 bebés	<37 SDG 880-2610 g	Hoja de cálculo de elementos demográficos y fisiológicos de los neonatos.	4 meses (evaluación cada 7 días)	Convencional
Das HP, et al. ¹⁵ 2020 India Cuasi-experimental	60 bebés	500-2000 g 28-37 SDG	Formulario para evaluar datos sociodemográficos, tabla de seguimiento de parámetros fisiológicos, lista de verificación para evaluar la actividad.	5 días de anidación. Evaluación día y noche.	Convencional
Seniwati T, et al. ¹⁶ 2022 Indonesia Cuasi-experimental	40 bebés	<1000-4000 g	Puntaje Down para medir el estado respiratorio y la Escala de Estados Conductuales de Anderson (ABSS) para las respuestas conductuales, uso del monitor.	7 días de anidación.	Convencional y moderno
Venkatakrishnan IS, et al. ¹⁷ 2018 India Ensayo clínico cruzado	21 bebés	1250-1500 g	Cuestionario estructurado para recoger variables demográficas, lista de verificación de observación para evaluar el patrón de sueño de los bebés prematuros, oxímetro de pulso para evaluar frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, sonda de temperatura para comprobar la temperatura.	Evaluación cada 3 horas.	Convencional
Unnikrishnan KM, et al. ¹⁸ 2023 India Estudio cruzado	20 bebés	32-37 SDG 1500-2500 g	Cuestionario estructurado para determinar las variables de referencia y una hoja de datos de parámetros fisiológicos para registrar los parámetros fisiológicos después de la anidación y el cuidado de rutina, monitor multiparamétrico, sonda cutánea térmica.	2 meses (evaluación cada 2 horas).	Convencional
Sumathy P. ¹⁹ 2020 India Cuasi-experimental	40 bebés	1500-2500 g	Entrevista estructurada para datos demográficos, lista de verificación observacional para evaluar la postura, lista de verificación observacional estructurada para evaluar los parámetros fisiológicos, oxímetro de pulso, termómetro digital.	5 días de anidación. Durante 6 horas diarias.	Convencional

Kumar Y, et al. ²⁰ 2015 India Experimental	30 bebés	31-37 SDG 1500-2500 g	Hoja de registro de parámetros fisiológicos y una escala de comportamiento de confort modificada, termómetro digital, oxímetro de pulso.	2 meses (evaluación cada 2-3 horas).	Convencional
Alice Jeba J, et al. ²¹ 2019 India Experimental	40 bebés	32-36 SDG 1500-2500 g	Hoja de evaluación de parámetros fisiológicos estructurada, Oxímetro de pulso, termómetro digital	5 días de anidación (evaluación cada hora).	Convencional
Kaur KA, et al. ²² 2022 India Experimental	60 bebés	29-34 SDG 1500-2400 g	Hoja de registro para comprobar los parámetros fisiológicos, reloj, estetoscopio y oxímetro de pulso, herramienta de evaluación del posicionamiento infantil.	6 días de anidación durante 9 horas (evaluación cada 3 días).	Convencional
Mony K, et al. ²³ 2018 India Estudio transversal	21 bebés	30-36 SDG 1200-2000 g	Cuestionario estructurado para recoger variables demográficas, hoja de datos de parámetros fisiológicos, monitor.	3 meses	Convencional
Nikam PN, et al. ²⁴ 2020 India Experimental	60 bebés	28-37 SDG 500-2500 g	Características demográficas, lista de verificación observacional para registrar los parámetros fisiológicos, báscula, reloj, termómetro digital, estetoscopio, oxímetro de pulso.	5 días de anidación.	Convencional
Prawesti A, et al. ²⁵ 2019 Indonesia Cuasi-experimental	30 bebés	1200-2500 g	Oximetría de pulso	7 días (evaluación una vez al día).	Convencional
Poulose R, et al. ²⁶ 2015 India Experimental	60 bebés	1000-2500 g	No especifica	5 días de anidación durante 9 horas).	Convencional
Kayalvizhi R, et al. ²⁷ 2022 India Cuasi-experimental	60 bebés	32-36.6 SDG	Escala IPAT. Escala de parámetros fisiológicos	7 días de anidación durante cuatro horas al día.	Convencional
Jagadeeswari J, et al. ²⁸ 2020 India Cuasi-experimental	30 bebés	2000-2500 g	No especifica	1 hora.	Convencional

SDG: semanas de gestación.

Fuente: Elaboración propia. Gutiérrez N, Espinosa G.

Tabla 3. Nivel de evidencia y grado de recomendación

Escala OCEBM				
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Año	Diseño	Conclusión/resumen
A	1b	2024	Cuasi-experimental	La frecuencia cardíaca fue significativamente menor en el grupo de anidación que en el grupo sin anidación al inicio y después de los procedimientos (136 lpm y 139 lpm frente a 144 lpm y 148 lpm; P ≤0,05). No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en la saturación de oxígeno. La atención de anidación ayudó a los neonatos prematuros en la UCIN. Ayudó a estabilizar la frecuencia cardíaca y el dolor. ¹⁴
	1b	2020	Cuasi-experimental	Con base en los hallazgos, el estudio concluyó que el anidamiento es eficaz para mantener estables los parámetros fisiológicos, incluyendo la temperatura axilar, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, el SPO ₂ , el tiempo de llenado capilar y la actividad general (estado conductual, postura global, tono global, reflejo de succión y signo de estrés) de los bebés prematuros. ¹⁵
	1b	2022	Cuasi-experimental	A partir de los resultados el anidamiento tiene un efecto importante en el estado respiratorio y las respuestas conductuales. ¹⁶
	1b	2018	Estudio cruzado	El uso de dispositivos de anidación facilitó la comodidad y ayudó a mantener estables los parámetros fisiológicos. ¹⁷
	1b	2023	Estudio cruzado	Con base en los hallazgos del estudio, la anidación proporciona el entorno óptimo para apoyar la posición del bebé y ayuda a facilitar el desarrollo físico normal. ¹⁸
	1b	2020	Cuasi-experimental	La puntuación media de la postura y los parámetros fisiológicos (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno), reveló que los bebés de bajo peso al nacer y los prematuros experimentaron una postura y parámetros fisiológicos estables durante el período de anidación, lo que fue altamente significativo estadísticamente. ¹⁹

1b	2015	Experimental	<p>Los resultados del presente estudio demostraron que el "anidamiento" es eficaz para reducir y estabilizar la frecuencia respiratoria media y la frecuencia cardíaca media de los bebés prematuros. Los hallazgos revelaron además que el "anidamiento" no tiene un efecto significativo en el nivel medio de saturación de oxígeno de los bebés prematuros.²⁰</p>
1b	2019	Experimental	<p>El resultado del estudio mostró que hubo un efecto estadísticamente significativo del anidamiento a los 60 minutos, temperatura ($t = 5,03966$, $p <0,05$), frecuencia respiratoria ($t: -2,13$, $p <0,05$) y frecuencia cardíaca ($t: -2,59766$, $p <0,05$). Pero el efecto no fue significativo en el nivel de saturación de oxígeno ($t: 1,2$, $p: 0,238$). Por lo tanto, este resultado del estudio respalda el uso de anidamiento en la UCIN. Este estudio se realizó entre cuarenta bebés prematuros y demostró que la anidación es eficaz para mejorar y estabilizar los parámetros fisiológicos de los bebés prematuros que también pesaron menos durante su estancia en la UCIN.²¹</p>
1b	2022	Experimental	<p>El presente estudio demuestra que la técnica de anidamiento estabiliza eficazmente los parámetros fisiológicos y mejora la postura de los bebés prematuros en comparación con la atención habitual. Los parámetros fisiológicos como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno se estabilizaron y la postura mejoró después de la técnica <i>nesting</i>.²²</p>
1b	2018	Estudio cruzado	<p>La frecuencia cardíaca disminuyó significativamente y se mantuvo estable durante el sueño tranquilo ($p <0,05$) la frecuencia respiratoria disminuyó y se mantuvo estable pero estadísticamente no significativa ($p >0,05$) en todas las etapas del sueño, hubo un aumento en el valor medio de la temperatura corporal en todas las etapas del sueño, la significación estadística se exhibió solo en el sueño indeterminado ($p <0,05$).²³</p>
1b	2023	Experimental	<p>El valor de los parámetros fisiológicos en la comparación posterior entre el grupo experimental y el grupo de control muestra que 5 días de anidación han estabilizado los parámetros fisiológicos y se encontró que eran estadísticamente significativos en PAG $<0,05$, es decir, temperatura = 4917, frecuencia cardíaca = 2283, respiración = 2676 y saturación de SpO₂ = 10940. El estudio concluyó que la anidación estabilizaba eficazmente los parámetros fisiológicos de los</p>

			bebés prematuros (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, SpO ₂ y peso). ²⁴
1b	2019	Cuasi-experimental	Los resultados mostraron que hubo una diferencia en la saturación de oxígeno antes y después del uso del anidamiento en la posición supina (p: 0,001) y prona (p: 0,000). El uso del anidamiento en ambas posiciones (supina o prona) puede aumentar la saturación de oxígeno. ²⁵
1b	2015	Experimental	El estudio demostró que el anidamiento es eficaz para mejorar la postura, la comodidad y los parámetros fisiológicos estables de los bebés de bajo peso al nacer durante su estancia en la UCIN. Los parámetros fisiológicos en términos de frecuencia cardíaca y respiratoria se mantuvieron estables durante la estancia en la UCIN. ²⁶
1b	2022	Cuasi-experimental	A partir del análisis de datos y de los resultados, se puede concluir que el anidamiento es una intervención eficaz para mejorar la postura, los movimientos y los parámetros fisiológicos de los bebés prematuros. ²⁷
1b	2020	Cuasi-experimental	La frecuencia cardíaca de los bebés con bajo peso al nacer muestra que, en la prueba previa, la mayoría de ellos (7/15) tuvieron una elevación poco frecuente del 15 % o más por encima de la línea base (1-3 durante observaciones de 3 minutos) mientras que, en la prueba posterior, todos los 15 tuvieron una frecuencia cardíaca consistentemente en la línea base. ²⁸

Fuente: Elaboración propia. Gutiérrez N, Espinosa G.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros; 2023. [Consulta: 20 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Gobernación. Secretaría de Gobernación. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de Gobernación; 2016. [Consulta: 20 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
3. Matos-Alviso L.J, Reyes-Hernández KL, López-Navarrete GE, Reyes-Hernández MU, Aguilar-Figueroa ES, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Sal Jal.* 2020;7(3):179-186. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>
4. Tejada-Muñoz S, Díaz-Manchay RJ, Medina-Bacalla JM, Huyhua-Gutiérrez SC, Milla-Pino ME, Ocadio-Acosta RW. Musicoterapia en la mejora de signos vitales de prematuros en un hospital público. *Medicina Naturalista.* 2020;14(2):18-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7512756>

5. Villarroel M, Chaichulee S, Jorge J, Davis S, Green G, Arteta C, et al. Non-contact physiological monitoring of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *NPJ Digit Med.* 2019;12(2)(1):128. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41746-019-0199-5>
6. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto. México: IMSS; 2017. [Consulta: 5 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/362GER.pdf>
7. Salazar González BC, Whetsell MV, Ruvalcaba Rodríguez MD, Rojas Garza IG, Cervantes Valero N. Efectos de la contención en hipoxia percutánea posterior a la aspiración endotraqueal en neonatos. *Invest Educ Enferm.* 2007;25(1):50-57.
8. Navarro Torres M, Jiménez Ramos I, Lorenzo Ramírez MD, Caballero Casanova Y, Ballarín Ferrer A, Navarro Calvo R. La importancia del posicionamiento y la contención en el recién nacido prematuro. ¿Cuál es la mejor forma de hacerlo? *Revista Sanitaria de Investigación.* 2021 mayo 4;2(5). Disponible en: <https://revisitasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-posicionamiento-y-la-contencion-en-el-recien-nacido-prematuro-cual-es-la-mejor-forma-de-hacerlo/>
9. Kihara H, Nakamura T. Nested and swaddled positioning support in the prone position facilitates sleep and heart rate stability in very low birth weight infants. *Res Rep Neonatol.* 2013;3:11-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/rrn.s41292>
10. El-Nagger NSM, Bayoumi OR. Effect of Applying Nesting Technique as a Developmental Care on Physiological Functioning and Neurobehavioral Organization of Premature Infants. *Life Science Journal.* 2016;13(1S). [Consulta: 1 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.lifesciencesite.com/lwj/life1301s16/09_31705lsj1301s16_79_92.pdf
11. Yapıcıoğlu H, Barutçu A, Gülcü Ü, Özlü F, Leventeli M. Effect of Supportive Positioning on COMFORT Scale Scores in Preterm Newborns. *Duzce Medical Journal.* 2021;23(1):20–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18678/dtfd.833534>
12. Fichas de Lectura Crítica. Lecturacritica.com. [Consulta: 1 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://www.lecturacritica.com/es/>
13. Manterola DC, Zavando MD. Cómo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. *Rev Chil Cir.* 2009;61(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262009000600017>
14. Ismail A, Salaghori SM, Alshomrani SA, Almodallal H. The Impact of Using Nesting Care on Heart Rate, Oxygen Saturation, and Pain Among Premature Neonates in Neonatal Intensive Care Units in Saudi Arabia: A Quasi-Experimental Study. *Cureus.* 2024 Jun 6;16(6):e61775. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.61775>
15. Das HP, Pillai SG, Joyichan M. Effect of nesting on selected physiological parameters among preterm babies. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences.* 2020;6(2):38-43. [Consulta: 5 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://impressions.manipal.edu/mjnhs/vol6/iss2/7>
16. Seniwati T, Nurmaulid N, Kadir A, Irmayanti I. Respiratory status and behavioral response of premature infant with nesting model care approach in neonatal intensive care unit. *Jurnal Keperawatan.* 2022;13(2):75-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22219/jk.v13i2.19888>
17. Venkatakrishnan IS, Mony K. Effect of nesting versus non-nesting on sleep pattern and physiological parameters among preterm infants. *Int J Advances Nur Management.* 2018; 6(2):149-151. doi: 10.5958/2454-2652.2018.00035.5. Disponible en: <https://ijanm.com/AbstractView.aspx?PID=2018-6-2-18>
18. Unnikrishnan KM, Aneesha VB. Effect of Nesting on Physiological Parameters among Preterm Babies Admitted in NICU. *J South Asian Feder Obst Gynae.* 2024;16(4):378–382. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10006-2450>
19. Sumathy P. Effectiveness of Nesting Technique on Posture and Physiological Parameters. *Pon J Nurs.* 2020;13(2):25–28. Disponible en: <https://www.jaypeejournals.com/abstractArticleContentBrowse/PJN/72/13/2/20546/abstractArticle/Article>

20. Kumar Y, Sharin J, Gill SK. A Study to Assess and Evaluate the Effect of Nesting on Physiological Parameters and Comfort Behavior of Preterm Infants Admitted in NICU of Selected Hospitals in Punjab and Haryana. *Journal of Nursing Science and Practice*. 2015;5(2): 8–11. Disponible en: <https://doi.org/10.37591/jonsp.v5i2.756>
21. Alice Jeba J, Senthil Kumar S, Sosale S. Effect of positioning on physiological parameters on low birth weight preterm babies in neonatal intensive care unit. *Int J Res Pharm Sci*. 2019; 10(4):2800–4. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/336697372_Effect_of_positioning_on_physiological_parameters_on_low_birth_weight_preterm_babies_in_neonatal_intensive_care_unit
22. Kaur KA, Malar Selvi A, Thomas S. An Experimental Study to Assess the Effectiveness of Nesting on Physiological Parameters and Posture of Preterm Babies in A Selected Hospital, New Delhii. *Indian J Public Health Res Dev*. 2022;13(2):64–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37506/ijphrd.v13i2.17894>
23. Mony K, Indra Selvam V, Diwakar KK, Vijaya Raghavan R. Effect of nesting on physiological parameters among preterm infants admitted in NICUs. *Int J Adv Res*. 2018 6 (Apr); 357-362. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21474/ijar01/6867>
24. Nikam PN, Naregal PM, Mohite VR, Karale RB. Efficacy of nesting on physiological parameters among preterm babies admitted at tertiary care hospital Karad. *J Datta Meghe Inst Med Sci Univ*. 2023;18(2):181–4. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jdmimsu.jdmimsu_622_22
25. Prawesti A, Emaliyawati E, Mirwanti R, Nuraeni A. The Effectiveness of Prone and Supine Nesting Positions on Changes of Oxygen Saturation and Weight in Premature Babies. *Jurnal Ners*. 2019;14(2):137–143. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20473/jn.v14i2.7755>
26. Poulose R, Babu M, Rastogi S. Effect of Nesting on Posture Discomfort and Physiological Parameters of Low Birth Weight Infants. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2015;4(1):46-50. Disponible en: <https://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol4-issue1/Version-1/H04114650.pdf>
27. Kayalvizhi R, Sudha B, Sasi V. Effectiveness of nesting on posture, movements, and physiological parameters among preterm babies in selected hospital, Cuddalore. *Bull Env Pharmacol Life Sci*. 2022;Spl Issue [1]:1248-1254. Disponible en: [https://bepls.com/special_issue\(1\)2022/180.pdf](https://bepls.com/special_issue(1)2022/180.pdf)
28. Jagadeeswari J, Swathi D. Effectiveness of Nesting on Posture Comfort among Low Birth Weight Babies in Neonatal Intensive Care Unit. *Int J Res Pharm Sci*. 2002;11(3):3396-401. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/342827654_Effectiveness_of_Nesting_on_Posture_Comfort_among_Low_Birth_Weight_Babies_in_Neonatal_Intensive_Care_Unit
29. Maher G, Elarousy W. Effect of Nested and Swaddled Prone Positioning on Sleep and Physiological Parameters of Low Birth Weight Neonates. *Int J Nurs Res Health Care*. 2018: IJNHR-114. doi: 10.29011/ IJNHR-114. 100014.

Artículo de actualización

Neonatos con piel de cristal: puesta al día en los cuidados de enfermería

*Neonates with extreme skin fragility:
an update on nursing care*

*Recém-nascidos com pele de cristal:
atualização nos cuidados de enfermagem*

Esp. Graciela Díaz¹

RESUMEN

La epidermolisis bullosa (EB) es una enfermedad genética poco frecuente que se caracteriza por la extrema fragilidad de la piel, con formación de ampollas de manera espontánea o tras mínimos traumatismos como presión, fricción o cizallamiento. En la actualidad, los cuidados de enfermería en recién nacidos con EB se encuentran en constante actualización gracias a la experiencia clínica, resolución creativa de problemas y la disponibilidad de nuevos recursos, como apósitos no adherentes.

La presente puesta al día tiene como objetivo brindar cuidados basados en la mejor evidencia disponible. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed, SciELO, Cochrane, así como en la literatura gris, complementada con la observación directa de cuidados específicos de enfermería en un hospital de tercer nivel en Argentina. Este artículo aporta fundamentos para la atención neonatal en EB, promoviendo una práctica de enfermería humanizada y de alta calidad, con proyección hacia mejoras continuas en el cuidado de esta población particular.

Palabras clave: epidermolisis ampollosa; recién nacido; cuidados de enfermería; piel; enfermedades genéticas congénitas.

ABSTRACT

Epidermolysis bullosa (EB) is a rare genetic disease characterized by extremely fragile skin, with blistering occurring spontaneously or following minimal trauma such as pressure, friction, or shear. Currently, nursing care for newborns with EB is constantly being updated thanks to clinical experience, creative problem-solving, and the availability of new resources, such as non-adherent dressings.

This update aims to provide care based on the best available evidence. To this end, a bibliographic search was conducted in databases such as PubMed, SciELO, Cochrane, and the gray literature, complemented by direct observation of specific nursing care in a tertiary care hospital in Argentina. This article provides a foundation for neonatal care in EB, promoting humanized, high-quality nursing practice, with a focus on continuous improvements in the care of this particular population.

Keywords: epidermolysis bullosa, newborn; nursing care; skin; genetic disease, inborn.

1. Especialista en Enfermería Neonatal. Enfermera Asistencial. Servicio de Neonatología, Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". CABA, Argentina. ORCID: 0009-0007-5170-4154

Correspondencia: graciela.pauladiaz@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 19 de agosto de 2025

Aceptado: 24 de septiembre de 2025

RESUMO

A epidermólise bolhosa (EB) é uma doença genética rara caracterizada pela extrema fragilidade da pele, com formação de bolhas de forma espontânea ou após pequenos traumatismos, como pressão, fricção ou cisalhamento. Atualmente os cuidados de enfermagem voltados aos recém-nascidos com EB estão em constante atualização impulsionados pela experiência clínica, pela resolução criativa de problemas e pela disponibilidade de novos recursos, como os curativos não aderentes.

Esta atualização tem como objetivo oferecer cuidados baseados nas melhores evidências disponíveis. Para isso, foi realizada uma busca bibliográfica em bases de dados como PubMed, SciELO e Cochrane, além da literatura cinzenta, complementada pela observação direta de cuidados específicos de enfermagem em um hospital de referência de nível terciário na Argentina.

O presente artigo fornece fundamentos para a atenção neonatal em casos de EB, promovendo uma prática de enfermagem humanizada e de alta qualidade, com foco na melhoria contínua do cuidado a essa população tão particular.

Palavras clave: epidermólise bolhosa; recém-nascido; cuidados de enfermagem; pele; doenças genéticas inatas.

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n49.02>

Cómo citar: Díaz G. Neonatos con piel de cristal: puesta al día en los cuidados de enfermería. *Rev Enferm Neonatal*. Diciembre 2025;49:20-31.

DESARROLLO

Las enfermedades pocos frecuentes son aquellas que tienen una incidencia relativamente baja en la población general. A menudo se enfrentan con la falta de visibilidad y recursos limitados para la investigación y el desarrollo de tratamientos. Sin embargo, su impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias es inmenso, abarcando desde el dolor físico crónico y las complicaciones médicas, hasta los desafíos psicosociales y económicos.¹

Es el caso de los recién nacidos (RN) con epidermólisis bullosa (EB) quienes requieren cuidados especializados, organizados y de aplicación efectiva en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Estos pacientes enfrentan un sinfín de obstáculos que van desde el

diagnóstico tardío y la ausencia de tratamientos curativos, hasta la necesidad de cuidados paliativos complejos y costosos.

La EB es definida como un grupo de enfermedades ampollares hereditarias de origen genético, con genotipo y fenotipo muy heterogéneo. Clínicamente se caracteriza sobre todo por la fragilidad mucocutánea, que se manifiesta con ampollas, erosiones y ulceraciones de difícil tratamiento.²

Fue descrita por primera vez a finales del siglo XIX, aunque su clasificación y comprensión de las causas genéticas han evolucionado con el tiempo. Los primeros estudios, los realizó Körner en 1886 y propuso el término epidermolysis bullosa hereditaria para englobar estas enfermedades. También, se registra que, en 1962, Pearson desarrolló el primer sistema de clasificación para la EB. Sirviéndose del microscopio electrónico definió los tres tipos principales, para lo que se basó en el plano de despegamiento. Esta clasificación se ha utilizado hasta ahora en la práctica clínica, en la enseñanza y en la investigación.³

También hay registros en el artículo de Siañez-González que, durante la década de los ochenta, con el desarrollo de la tecnología de inmunofluorescencia, hizo uso de anticuerpos monoclonales y policlonales para la inmunotinción de muestras de piel, demostrándose que varios subtipos podían distinguirse por diferencias en los patrones de tinción de antígenos. En el año 1988 se realizó la primera reunión de expertos en la ciudad de Washington DC, para intentar establecer un consenso internacional en la clasificación, tomando ventaja de los datos que habían sido generados en los Estados Unidos por el National Epidermolysis Bullosa Registry. El desarrollo de las técnicas de análisis de mutaciones permitió conocer con exactitud los defectos moleculares y genéticos de los distintos subtipos. En 1999 se realizó el segundo consenso internacional en Chicago, en el que se tomaron en cuenta nuevas entidades clínicas descritas y los resultados de estudios de análisis de mutaciones. Durante los últimos años se ha aprendido mucho sobre el espectro de la EB, tanto en el ámbito clínico como molecular. A la luz de los nuevos conocimientos se consideró necesario realizar una nueva revisión del sistema de clasificación de la EB. En mayo de 2007 las autoridades mundiales en el campo de la EB se reunieron en Viena, elaborando el Tercer Consenso Internacional sobre Diagnóstico y Clasificación de EB. En este último consenso se han incluido otras entidades clínicas en el espectro de la EB, basándose en el hecho de que comparten características con los tipos bien establecidos de EB y que su transmisión obedece a un patrón hereditario.⁴

En Argentina, Biasutto en su artículo afirma que el Centro de Investigación en Genodermatosis y Epidermólisis Ampollar (CEDIA) lleva un registro, que está en desarrollo, de la incidencia de esta patología.² Realiza el estudio genético en los pacientes, lo que permite arribar a un diagnóstico molecular y definir las variantes patogénicas más frecuentes.

El National Epidermolysis Bullosa Registry (NEBR) de los Estados Unidos registró una incidencia general de todos los tipos principales de EB de 11,1 por millón de habitantes, sin diferencias estadísticamente significativas entre los sexos o los grupos étnicos.

Por otro lado, Weisman en su artículo afirma que, en España, se estima que la incidencia de EB o piel de mariposa en todos sus tipos es de 15-19 nacidos afectados por cada millón de nacimientos. La prevalencia estimada es de 10 personas afectadas por cada millón de habitantes, lo que quiere decir que, según datos de 2016, en España viven aproximadamente 500 personas con la enfermedad.⁵

Por último, según datos estadísticos desde enero de 2023 a junio de 2025, en el Hospital Garrahan se registra un incremento en la incidencia de recién nacidos con diagnóstico de EB, según una revisión de la historia clínica informatizada comparando con años anteriores. Al ser una enfermedad poco frecuente con alta mortalidad en recién nacidos se refleja la heterogeneidad de los cuidados por la baja incidencia de esta.

La fundación Dystrophic Epidermolysis Bullosa Research Association (Debra), colabora con los pacientes con EB y sus familias en su sitio virtual de Debra Internacional brindando información e investigación sobre la enfermedad.⁶

También se conoce como piel de mariposa, porque la característica de la piel es tan frágil como las alas de una mariposa. Este no es el nombre de una sola enfermedad de la piel, sino que es un grupo de enfermedades clínicas y genéticamente diferentes, en la cual hay más de 30 subtipos. Se estima que unas 500 000 personas padecen esta enfermedad en el mundo, afecta igualmente a varones y mujeres y puede ocurrir en cualquier zona o etnia. No es contagiosa y todavía no hay cura para la misma.

Su característica común es la piel extremadamente frágil y la formación de ampollas que pueden ocurrir por presión, fricción, calor en la piel y/o mucosas. Los signos pueden verse inmediatamente después del nacimiento, durante los primeros días; también pueden variar de acuerdo con el estadio leve o grave. Las ampollas se pueden formar en cualquier parte de la piel y a veces dentro de la mucosa.

La clasificación de EB puede realizarse según herencia genética, mediante diagnóstico por biopsia y según las características específicas. La EB simple (EBS), es de origen hereditario y dominante. En la biopsia se detecta alteración en la parte superior de la membrana basal (epidermis). Se caracteriza por ser generalizada donde las lesiones se observan desde el nacimiento y se presentan en todo el cuerpo. Otras formas son localizadas principalmente en manos y pies. Los signos que podrían estar presentes son piel engrosada en manos y pies, úlceras bucales, y pérdida de uñas. La EB juntural o de la unión (EBJ), es de origen hereditario y recesivo. En la biopsia se detecta una alteración en la membrana basal, en la unión de la dermis y la epidermis. Se presenta en dos grandes grupos como EBJ grave generalizada, la cual tiene afectación más grave, y EBJ grave intermedia, de menor gravedad. Pueden presentar heridas extensas y de difícil cicatrización en cara, tronco y extremidades. También, puede estar afectada la vía aérea, fosas nasales, boca, faringe, laringe, tráquea, bronquios y bronquiolos, provocando un llanto ronco característico, y otros órganos como el esófago y el intestino. Además, puede provocar retraso en el crecimiento, desnutrición, anemia, úlceras en la boca, defectos en el esmalte de los dientes, entre otros.

La EB distrófica (EBD), es de origen hereditario, dominante o recesiva. En la biopsia se detecta alteración en la parte inferior de la membrana basal, en la dermis. Las formas EBD dominantes pueden tener afectación en las manos, pies, rodillas, uñas y, a veces, el esófago. Las formas de EBD recesivas suelen ser más graves y presentar extensas ampollas y heridas en todo el cuerpo, pérdida de uñas, anemia, retraso del crecimiento, pseudosindactilia, úlceras en la córnea, boca, esófago e intestino. También, existe riesgo de desarrollar cáncer de piel en la edad adulta. El síndrome de Kindler (SK), es de origen hereditario y recesivo. En la biopsia se detecta alteración mixta (epidermis, membrana basal y dermis). Se caracteriza por ser una forma de EB menos frecuente, por presentar ampollas, fotosensibilidad (sensibilidad al sol), poiquilodermia (cambios en la piel) y cicatrices. También pueden verse afectados otros órganos.⁷

Los signos presentes en el RN como fragilidad de la piel, se manifiestan por ampollas con un traumatismo mínimo que se curan como milios y cicatrices, papillas lingüales ausentes, ampollas y erosiones que pueden provocar aplasia cutis congénita al nacer, que se manifiesta con ausencia de piel, especialmente en las extremidades, observada en todos los tipos de epidermólisis ampollosa, pseudosindactilia de manos y pies (formas graves); cicatrices y estenosis orales y/o

esofágicas; erosiones corneales, cicatrices y pérdida de visión; predisposición al carcinoma de células escamosas y por último uñas distróficas o ausentes, especialmente las de los miembros inferiores.

El diagnóstico de EB se sospecha en individuos con piel frágil, y se manifiesta por la formación de ampollas ante traumatismos menores. Los diagnósticos diferenciales de esta enfermedad incluyen pénfigo vulgar, penfigoide, eccema dishidrótico, dermatosis linear por IgA, lupus eritematoso ampolloso, picaduras de insectos y ampollas por fricción. El abordaje inicial de los pacientes con sospecha de EB consiste en una anamnesis completa y un examen físico exhaustivo. Es necesaria la toma de biopsia de piel para inmunofluorescencia directa, pero la confirmación diagnóstica se hace mediante el estudio genético. Se sugiere, de ser posible, evaluar a ambos progenitores para definir si son variantes patogénicas hereditarias, de novo, mosaicismos germinales o disomías uniparentales, a fin de brindar un consejo genético correcto.^{8,9}

En los RN, la piel puede estar ausente por completo especialmente en los pies, los tobillos, la parte interior de las piernas; pueden salir ampollas en la piel inmediatamente después del nacimiento durante los primeros días. El equipo de dermatología debe descartar otro trastorno de la piel, debe hacerse el diagnóstico de laboratorio con la toma de biopsia de piel para inmunofluorescencia directa, en el cual enfermería participa en la evaluación del dolor y asiste la toma de muestra. La confirmación diagnóstica se hace mediante el estudio genético. Un plan de atención integral debe ser coordinado con un equipo interdisciplinario.

Hasta la fecha, no hay tratamientos curativos aprobados para la EB, por lo que el manejo sigue basándose en el control de los síntomas, y la prevención y el tratamiento de las complicaciones, de forma multidisciplinaria.¹⁰

La complejidad del tratamiento dependerá de la gravedad de las lesiones que presente el paciente. Se requiere un equipo multidisciplinario para el manejo óptimo de estos pacientes que incluya las disciplinas de enfermería, dermatología, cirugía, nutrición, odontología, fisioterapia, psicología, medicina del dolor y genética.

El plan de tratamiento se debe individualizar en cada caso, y una óptima comunicación entre los miembros del equipo es vital para la obtención de buenos resultados. Mantener la salud oral promueve una mucosa saludable y mejora la masticación, la deglución, la nutrición, la respiración y el habla. Una rutina diaria de reha-

bilitación evita la formación de contracturas articulares. El apoyo psicológico a los padres y familiares es básico, y se debe buscar evitar la sobreprotección del paciente. La EB no representa una contraindicación para la aplicación de cualquier inmunización. La educación de los pacientes con EB y de sus familiares es la piedra angular en su tratamiento. Se recomienda sugerir el acceso a grupos de apoyo como la asociación DebrA para la obtención de información adecuada en español sobre sus cuidados, así como aportar una carta que explique la naturaleza no contagiosa de la enfermedad para los fines que al paciente le convengan.¹¹

En cuanto al pronóstico en la epidermolisis bullosa es muy variable y depende de la gravedad de la enfermedad. La EB simple es la de mejor pronóstico a largo plazo y presenta mejoría clínica con los años. Por otro lado, la EB de unión, es la más agresiva y los enfermos frecuentemente mueren dentro de los primeros tres años de vida. También, la EB distrófica es de mal pronóstico, ya que los enfermos presentan deformaciones y amputaciones incapacitantes, así como neoplasias malignas; la esperanza de vida en estos casos se sitúa entre la segunda y la cuarta década de la vida.¹²

Respecto a los cuidados de enfermería Acosta y col. orientan para dividirlos en cuatro etapas de atención como recepción, traslado, internación y educación a la familia para su mejor comprensión y se destacarán los cuidados específicos a los neonatos con EB.¹³

La atención de un recién nacido con epidermolisis bullosa implica un manejo minucioso y humanizado desde su nacimiento, considerando la fragilidad extrema de su piel y mucosas.

Durante la recepción, es fundamental garantizar un ambiente con temperatura adecuada entre 26 y 27 °C, utilizando una cuna radiante o fuente de calor para prevenir la hipotermia y favorecer la estabilidad térmica. Se aplican estrictas medidas de asepsia, incluyendo el contacto con guantes, barbijo y camisolín, especialmente si existe riesgo de exposición a fluidos corporales, para evitar contaminación de las lesiones cutáneas. El neonato debe ser manipulado con extrema delicadeza, evitando fricción o presión directa sobre su piel. Para levantararlo, el cuidador o el profesional del equipo de salud, debe colocar ambas manos planas, una bajo la cabeza y otra bajo la zona glútea, evitando sujetarlo por las axilas o extremidades, y utilizando movimientos en bloque para prevenir lesiones por cizallamiento.

Es recomendable envolverlo en un paño suave que limite los movimientos y reduzca el riesgo de formación

de nuevas ampollas. Además, cualquier traumatismo de nacimiento se debe cubrir lo antes posible con un apósito no adherente o film transparente para proteger la zona lesionada.

Se lo colocará sobre superficies blandas y acolchadas, utilizando colchones de presión redistribuida o cubiertas de espuma médica, y se adaptarán los pañales desechables, retirando elásticos y aplicando telas suaves o vaselina en los bordes para minimizar la fricción.

El uso de gorros de algodón sin elásticos ayuda a mantener la temperatura sin dañar la piel, y el neonato debe vestirse con la ropa, con costuras hacia afuera para prevenir lesiones por roce.

No se colocarán pulseras de identificación directamente en la piel, fijándolas en la cabecera de la cuna o incubadora.

Durante esta etapa inicial, se realiza un examen físico completo para documentar y registrar las lesiones existentes, incluyendo fotografías si es posible y con consentimiento familiar, a fin de establecer una base para su seguimiento. El peso se controla sobre sábanas tipo pañal de gasa, o campos estériles suaves, para proteger la piel. Los dispositivos de monitorización continua, como el oxímetro de pulso, deben colocarse con relleno suave o lubricación entre el sensor y la piel, rotando su posición en sentido horario para evitar lesiones. El contacto piel a piel (COPAP) con la madre, conocido como hora de oro, se fomenta siempre que el neonato se encuentre clínicamente estable y las heridas estén adecuadamente cubiertas, pues fortalece el vínculo afectivo y favorece su desarrollo integral, además de todos los beneficios ya conocidos del COPAP.

Respecto al traslado, este dependerá únicamente de su estabilidad hemodinámica o respiratoria y no de su enfermedad cutánea. Se realiza en incubadora con superficies protegidas por sábanas tipo pañal estériles, evitando el contacto con bordes rígidos y manteniendo la misma técnica de manipulación cuidadosa. Durante el traslado, los cables y dispositivos se envuelven con gomaespuma u otro material protector, asegurando relleno o lubricación previa para disminuir la fricción directa.

En la internación, se prioriza el uso de ropa con cierre frontal colocada al revés, evitando costuras en contacto con la piel, y el uso de manoplas, con uñas cortas para prevenir autolesiones.

Respecto a la termorregulación, las incubadoras se utilizan solo cuando es estrictamente necesario. Es el caso de los recién nacidos prematuros con EB, que re-

quieran humedad o aislamiento, ya que la humedad excesiva puede agravar la formación de ampollas. La temperatura ambiental se debe mantener entre 24 y 26 °C y el entorno debe ubicarse lejos de corrientes de aire, ventanas y puertas, con acceso cercano a piletas de lavado de manos para favorecer la técnica en el equipo de salud.

El cuidado durante las curaciones requiere la participación de tres personas. Se evalúa previamente el dolor con una escala objetiva, como NPASS, asegurando un manejo del dolor eficaz y minimizando la manipulación manual. La piel debe cubrirse siempre con apósitos no adherentes o gasas vaselinadas estériles, y sobre estas, gasas secas para protección adicional.

Los dispositivos de monitorización, como manguitos de presión, se colocan con relleno suave y se utilizan el menor número de veces posible para evitar lesiones cutáneas. La higiene ocular se realiza aplicando lágrimas artificiales o lubricantes para proteger párpados y conjuntiva. La curación del cordón umbilical se efectúa limpiando el muñón con gasa y antiséptico, evitando tocar la piel circundante, secando con otra gasa mediante toques suaves y dejándolo al aire o cubierto con gasa seca.

En la alimentación se prioriza la lactancia materna exclusiva, evaluando continuamente la capacidad de succión-deglución-respiración y la integridad de las mucosas orales. Cuando sea necesario utilizar biberón, se elegirán tetinas de silicona suave o alimentadores Habermann, lubricando tetina, labios y mentón con emolientes como vaselina sólida estéril para reducir la fricción y prevenir lesiones.

El manejo del dolor oral es esencial; por ello, si existen ampollas, se administran analgésicos 20 minutos antes de la toma para permitir una alimentación cómoda y segura.

La participación de la familia es fundamental. Se promueve el contacto afectivo mediante caricias y sosteniéndolo en brazos de forma segura, utilizando almohadas de soporte y manipulando siempre con la palma de la mano plana, evitando levantarla desde las extremidades o axilas para prevenir lesiones. La educación familiar debe incluir cuidados básicos como el cambio de pañal, girar al neonato sobre la superficie en lugar de levantarla, utilizar agua potable limpia a temperatura adecuada o algodón húmedo para la higiene, secar con toques suaves sin frotar y aplicar cremas de barrera en las zonas de roce.

Respecto a la vestimenta, las costuras de la ropa deben orientarse hacia afuera, igual que durante la in-

ternación, y se evitará en todo momento el uso de cintas adhesivas sobre la piel. El proceso de curación requiere la formación progresiva de la familia, comenzando con la observación de los procedimientos, su colaboración y, finalmente, la realización supervisada para fortalecer su autonomía.

La preparación del material de curación se organiza utilizando dos sectores diferenciados, uno contaminado para retirar vendajes y otro limpio para su colocación, asegurando todo el material necesario antes de iniciar. La evaluación de las lesiones se realiza en cada cura y baño diario, se cuantifican las ampollas, se observan signos de sobreinfección, se cuantifican los exudados y se registran sus características para seguimiento médico.

Los baños se realizan una vez que las lesiones intrauterinas y del nacimiento estén curadas, respetando la rutina del neonato, con duración máxima de 5-10 minutos en agua templada, asegurando higiene de manos de los cuidadores y secado posterior mediante toques suaves con toallas limpias.

Posteriormente, se aplican cremas emolientes sin fragancia, preferiblemente con sustancias calmantes y reparadoras de la barrera cutánea, siendo la vaselina líquida una opción segura y accesible.

La colocación de vendajes se inicia priorizando las lesiones de mayor tamaño, continuando de distal a proximal en miembros inferiores y superiores, protegiendo pliegues interdigitales con gasas vaselinadas para prevenir fusión o lesiones.

Este cuidado integral y humanizado promueve la cicatrización adecuada, previene complicaciones asociadas y fortalece los vínculos afectivos familiares, asegurando que el recién nacido con EB reciba una atención segura, digna y de calidad, orientada a su bienestar y desarrollo integral.

Las familias de un RN con EB son los cuidadores principales de los niños que padecen esta enfermedad conllevando una posible afectación en sus vidas. Muñoz de Maya Enrique realizó una revisión bibliográfica en 2022, con el objetivo de conocer el impacto que tiene la EB en los padres de niños que padecen esta enfermedad y cómo mejorar la atención de enfermería. Revisó 21 artículos cuyo contenido se agrupó en cuatro apartados: calidad de vida, impacto socioeconómico, estrategias de afrontamiento y atención de enfermería a los padres de niños con EB. Observó que la calidad de vida y el estado socioeconómico se vieron afectados negativamente, especialmente en las

madres. Asimismo, las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres repercuten en el bienestar de los hijos. La atención de enfermería disminuyó la carga de cuidado en los padres y, para una atención de calidad, se recomendó experticia psicosocial y soporte psicoemocional para los profesionales que trabajan con EB. Por último, concluyó que la EB impacta negativamente en los padres de niños con EB. Para mejorar la atención de enfermería es necesario seguir investigando en cuidados dirigidos a los padres, así como formar a los profesionales en las necesidades específicas de las familias con EB.¹⁴

Además, otras organizaciones proporcionan información, apoyo y educación a personas con enfermedades raras. Sin embargo, también sería útil desarrollar un archivo único que incluya a todos los pacientes con EB y un sistema de diagnóstico y tratamiento. Esto facilitará que los profesionales sanitarios se familiaricen con más casos y tipos de la enfermedad, y adquieran más conocimientos y experiencia en la atención y el manejo de pacientes con EB.

Frente al problema que presentan estos RN, la estrategia de mejora en los servicios debe ser múltiple. Es necesario disponer de un protocolo consensuado para evitar la heterogeneidad de cuidados, ya que muchos profesionales que interactúan tienen distintos criterios y experiencias. Surge, además, la necesidad de un protocolo de cuidados de enfermería unificados (*Tabla 1*).

El material visual, como infografías (*Figura 1*) debe estar disponible en el servicio para consultas, y en áreas donde el personal descance.

La tercera estrategia es la capacitación teórica práctica para todo el equipo de salud, con modalidades mixtas.

CONCLUSIÓN

Es importante estandarizar las intervenciones, fortalecer la comunicación con las familias y asegurar la mejor calidad de atención para los recién nacidos con EB.

La humanización del cuidado específico para RN con diagnóstico de epidermolisis bullosa no solo minimiza el dolor y el malestar en el recién nacido, sino que también fortalece nuestra profesión y accionar en estas enfermedades poco frecuentes, además, de generar un vínculo entre el personal de salud y la familia, promoviendo una experiencia de cuidado más compasivo y centrado en las necesidades del neonato y sus seres queridos.

Tabla 1. Protocolo para el cuidado de recién nacidos con epidermólisis bullosa

Hospital de Pediatría
Garrahan

**NEONATOS PIEL DE CRISTAL:
PUESTA AL DÍA EN LOS
CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Fecha 1 ^a versión	Julio 2025
Fecha de aprobación	
Fecha próxima revisión	
Total de páginas	50

SERVICIO: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales 34

AUTORES	CONTACTO
Lic. Díaz, Graciela Paola	gracielapaoladiaz@gmail.com
REVISORES	CONTACTO
Mg. Guillermina Chattás	
Mg. Yanina Boidi	
Esp. Lucila Scotto	
Esp. Gisela Yanarico	
REVISORES	CONTACTO
Servicio de Docencia e Investigación	

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

No se declaran conflictos de interés.

ÁMBITO DEL PROTOCOLO

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) 34, Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Buenos Aires, Argentina.

OBJETIVOS

Implementar un protocolo de cuidados de enfermería en recién nacidos con epidermólisis bullosa, al 80 % de los neonatos ingresados en la UCIN para evitar las lesiones en la piel por trauma mínimo o no aparente, disminuir el dolor, evitar infecciones y unificar cuidados, entre julio a diciembre del 2025.

POBLACIÓN BLANCO Y EXCEPCIONES

- ☒ RN con diagnóstico de EB.
- ☒ Exclusiones: RN con diagnóstico de EB en adecuación del esfuerzo terapéutico.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed, SciELO, Cochrane y literatura gris, utilizando términos como “Epidermolysis Bullosa”, “Epidermolysis Bullosa Acquisita”, “Newborn”, “Nursing Care”, “Guidelines as Topic”, “Guideline Adherence”, “Clinical Protocols”.

REFERENCIAS NORMATIVAS

- ☒ Proyecto de Ley de Epidermólisis Bullosa desde 2008.
- ☒ Resolución C.D. N° 2769, creación del Centro de Investigación en Genodermatosis y Epidermólisis Ampollar, 2014.
- ☒ Asociación Debra internacional.

PROFESIONALES/SERVICIOS A QUIENES VA DIRIGIDO

Servicio	Cargo	Responsabilidad
Neonatología: UCIN	Enfermero Asistencial Lic. en Enfermería	Redactar el protocolo, validarlo, participar en capacitación al personal, diseñar infografía y unificar criterios de atención para cuidados de calidad.

MATERIALES	RESPONSABLE
Protocolo impreso y digital	Lic. Díaz, Graciela Paola
Capacitación al personal	
Infografía impresa y plastificada	

Etapas	Actividades
<p>1. Recepción del recién nacido con epidermólisis bullosa</p> <p>Objetivo: Garantizar una primera atención segura, humanizada y adaptada a la fragilidad cutánea del neonato, minimizando el riesgo de lesiones y promoviendo la estabilidad clínica.</p>	<p>Preparación del material (común y específico para EB)*:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toallas precalentadas. - Bolsas o sábanas plásticas para menores de 32 semanas de EG. - Termómetro. - Oxímetro de pulso con apósticos no adherentes como barrera. - Sondas orogástricas, guantes, jeringas. - Sistema de aspiración. - Mezclador de oxígeno, o mezcla de oxígeno y aire comprimido. - Reanimador con pieza en T o bolsa de reanimación neonatal con válvula de PEEP. - Máscaras para recién nacidos de término y para prematuros con adhesivos no adherentes como barrera. - Laringoscopio con ramas para prematuros y tubos endotraqueales (TET) de diferentes tamaños. - Elementos para canalización umbilical. - Adrenalina, solución fisiológica. - Incubadora de transporte con mezclador de oxígeno y oximetría de pulso. - Monitor de ECG de 3 derivaciones para evaluación rápida y confiable de la frecuencia cardíaca con apósticos no adherentes como barrera. <p>Recepción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparar el ambiente con temperatura entre 26–27 °C. - Utilizar cuna radiante y campos estériles suaves. - Manipular al RN con técnica de manos planas (una en cabeza y otra en glúteos) y movimientos en bloque. - Evitar fricción; envolver en paño suave. - Usar ropa sin costuras internas, gorros sin elásticos y no colocar pulseras en contacto directo con la piel. - Secar la piel por oposición y aplicar apósticos no adherentes o gasas vaselinas o papel film en zonas lesionadas. - Realizar examen físico detallado y documentar lesiones (con fotografías si hay consentimiento). - Pesar al neonato sobre campos estériles. - Administrar vitamina K, IM o IV, según indicación, y realizar prevención de oftalmia neonatal. - Colocar pañal con bordes recortados y vaselina para evitar fricción.
<p>2. Traslado del RN con EB</p> <p>Objetivo: Garantizar un traslado seguro evitando el trauma por fricción o presión y manteniendo la estabilidad clínica del neonato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trasladar en incubadora con colchón protegido por sábanas tipo pañal estériles. - Evitar contacto con bordes rígidos de la incubadora. - Manipular al RN con la misma técnica de manos planas y movimientos coordinados. - Envolver cables y tubos con espuma de protección para minimizar la fricción. - El traslado se realizará solo si el RN presenta estabilidad hemodinámica y/o respiratoria. - Asegurar disponibilidad del equipamiento mencionado en la etapa anterior para su uso en caso de requerirse durante el traslado*.

<p>3. Internación o ingreso a la UCIN</p> <p>Objetivo: Brindar cuidados específicos y continuos, promoviendo la cicatrización, previniendo infecciones y complicaciones, y garantizando el confort del neonato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar en cuna abierta, evitar incubadoras salvo indicación médica como aislamiento o necesidad de humedad. - Mantener temperatura ambiental entre 24–26 °C, en un sector alejado de corrientes de aire y con acceso a lavarse las manos. - Utilizar ropa con costuras hacia afuera y manoplas si hay riesgo de autolesiones. - Curaciones asistidas por 3 personas, con analgesia previa evaluada con escalas (NPASS, COMFORT). - Aplicar apósticos no adherentes o vaselinados, con gasas secas por encima. - Controlar PA con manguito acolchonado y el mínimo de veces necesario. - Lubricar los ojos con lágrimas artificiales y mucosas orales antes de la alimentación. - Priorizar lactancia materna; si no es posible, usar tetinas de silicona suave y aplicar emolientes antes y después de las tomas. - Evaluar dolor y administrar analgesia previa si existen lesiones orales. - Higiene con agua limpia o algodón húmedo, secado por toques, sin frotar.
<p>4. Educación a la familia</p> <p>Objetivo: Instruir y empoderar a la familia en los cuidados del neonato, asegurando su participación activa, autonomía progresiva y fortalecimiento del vínculo afectivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar técnicas seguras de manipulación (carga con manos planas, sin levantar de axilas o extremidades). - Instruir en el cambio de pañal, higiene diaria, aplicación de cremas barrera y elección de vestimenta. - Evitar el uso de cintas adhesivas directamente sobre la piel. - Iniciar formación en curaciones: observación, colaboración y realización supervisada. - Organizar el área de curación en sectores limpios y contaminados. - Evaluar lesiones en cada cura, cuantificar exudado y signos de infección. - Indicar baño solo una vez curadas las lesiones de nacimiento, con agua templada, duración máxima 10 minutos. - Secar con toalla limpia, aplicar cremas emolientes sin fragancias. - Colocar vendajes desde las lesiones más grandes y de distal a proximal, protegiendo los pliegues interdigitales.

APARTADOS:

Infografía (Anexo 3).

Indicadores:

- N° de RN con diagnóstico de EB/ total de ingreso a UCIN x 100.
- Total de cuidados correctos observados/ N° total de observaciones por 8 cuidados esperados x 100.
- N° de observaciones con conocimiento alto, intermedio, bajo/ total de observaciones realizadas x 100.

GLOSARIO

Epidermolisis bullosa (EB): Grupo de enfermedades genéticas raras que provocan fragilidad extrema en la piel y mucosas. Cualquier fricción o trauma leve puede causar ampollas, erosiones o desprendimiento de la piel.

Recién nacido (RN): Niño en el período neonatal, comprendido entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida.

Manipulación en bloque: Técnica de sujeción que evita el roce o tracción individual sobre las extremidades. Se colocan las manos planas por debajo del RN, una en la cabeza y otra en glúteos o espalda, para movilizar en conjunto.

Apósito no adherente: Material de curación que no se adhiere a las heridas, utilizado para evitar daño adicional al retirarlo. Son ideales para lesiones por EB.

Cura o curación: Procedimiento destinado a la limpieza, protección y tratamiento de las lesiones cutáneas. En EB debe realizarse con extrema delicadeza, usando apósticos especiales y técnicas asépticas.

NPASS (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale): Escala de evaluación del dolor y sedación en recién nacidos, utilizada para adecuar el manejo del dolor.

Gasas vaselinadas: Gasas estériles impregnadas con vaselina líquida o similar, empleadas para cubrir heridas sin que se adhieran a la piel.

Hora de oro: Momento inmediato post nacimiento (primeros 60 minutos), donde se fomenta el contacto piel a piel entre el RN y su madre, promoviendo el vínculo afectivo y la estabilidad fisiológica.

Costuras invertidas: Ropa de algodón cuya confección permite que las costuras queden hacia el exterior, reduciendo el roce con la piel del RN.

Emolientes: Sustancias humectantes o lubricantes que hidratan y protegen la piel, indicadas para prevenir el resecamiento o daño cutáneo.

Tetina Habermann: Dispositivo de alimentación especialmente diseñado para bebés con dificultades de succión. En EB, se prefiere por ser suave y adaptable.

Sistema de aspiración: Equipamiento que permite la limpieza de secreciones de la vía aérea superior, indispensable durante la estabilización neonatal.

Incubadora de transporte: Equipo portátil que permite el traslado seguro de RN manteniendo temperatura, oxigenación y monitoreo continuo.

Monitor de ECG (electrocardiograma): Dispositivo que permite registrar la actividad eléctrica del corazón del RN, útil para evaluar frecuencia y ritmo cardíaco durante situaciones críticas.

Cizallamiento: Fuerza paralela a la piel que provoca desprendimiento de capas internas, generando lesiones. Se evita con técnicas correctas de manipulación.

Frecuencia cardíaca (FC): Número de latidos por minuto. En neonatología, su monitoreo es clave para detectar signos de sufrimiento o estabilidad clínica.

REFERENCIAS

1. Valdez R, Ouyang L, Bolen J. Public Health and Rare Diseases: Oxymoron No More. *Prev Chronic Dis.* 2016 Jan 14;13:E05. doi: 10.5888/pcd13.150491.
2. Biasutto M, Martínez MF, Angles MV, Mazzuocco LD. Nuevos tratamientos para el manejo de la epidermolisis ampollar. *Dermatología Argentina.* 2023;29;(1):02-08. doi: <https://doi.org/10.47196/da.v29i1.2312>.
3. Vázquez Núñez MA, Santiesteban ARE, Ferrer Mora YI. Epidermolisis ampollosa o bullosa congénita. Actualización clínica. *Rev Finlay.* 2021;11(1):74-79.
4. Siañez-González C, Pezoa-Jares R, Salas-Alanis JC. EPIDERMOLISIS ampollosa congénita: revisión del tema. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100(10):842-56. doi: 10.1016/j.ad.2009.07.001.
5. Weisman A, Chan JM, LaPointe C, Sjoholm K, Steinau K, Artus K, et al. Physiotherapy for epidermolysis bullosa: clinical practice guidelines. *Orphanet J Rare Dis.* 2021;16(1):406. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13023-021-01997-w>
6. debra International. [Consulta: 24 de octubre de 2025]. Disponible en: www.debra-international.org/what-is-eb

Figura 1. Infografía para la promoción de los cuidados específicos para recién nacidos con EB

Cuidados de enfermería específicos para recién nacidos con epidermólisis bullosa.

1. Manejo de ampollas intactas

* Puncar paralelo a la piel ampolla para drenado con aguja y técnica estéril.
*Cubrir con apósitos no adherentes. Para prevenir infección o extensión de la ampolla.



2. Curación de herida abierta

*Realizar asepsia de la herida con SF o AD.
*Cubrir con apósitos no adherentes o gasas con vaselina. Para favorecer la cicatrización y evitar trauma.



3. Frecuencia de curación

*Observación diariamente o ajustar según evolución.
*Registrar cambios y evolución. Para una comunicación efectiva con el equipo.



4. Uso de apósoftos especiales

*Recomendado: apósitos siliconados no adherentes, espumas suaves, mallas no adherentes y gasas vaselinadas.
**Evitar gasas secas o adhesivas convencionales.

5. Prevención de sindactilia

*Usar separadores entre dedos con apósitos siliconados o vaselinados.
*Revisar continuamente.



6. Adaptación de pañales y ropa

*Retirar elásticos de pañales.
*Usar ropa de algodón sin costuras internas.
*Recordar manipulación mínima y con delicadeza.
Para evitar lesiones por fricción o cizallamiento.



8. Asociación de cuidados con las familias

*Educar con técnicas seguras, realizar contención emocional y fomentar participación activa.
Para promover la continuidad en el hogar.



Fuente: elaboración propia.

7. de Lucas Laguna R, Maseda Pedrero R, Pérez Conde I, Romero N. Guía para pacientes con epidermólisis bullosa. Academia Española de Dermatología y Venereología. 2021. [Consulta: 24 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://aedv.es/wp-content/uploads/2021/02/Gui%CC%81a-epidermo%CC%81sis-bullosa-VF.pdf>
8. Bardhan A, Bruckner-Tuderman L, Chapple ILC, Fine J-D, Harper N, Has C, et al. Epidermolysis bullosa. *Nat Rev Dis Primers.* 2020;6(1):78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-020-0210-0>
9. Abad Moltó P, Ribera Soler M, Pellicer Tormo R. Epidermolysis bullosa en un paciente neonatal: caso clínico. *Enferm Clin.* 2015;25(3):143–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.03.006>
10. Secco IL, Costa T, Moraes ELL de, Freire MH de S, Danski MTR, Oliveira DA de S. Cuidados de enfermagem a neonato com epidermólise bolhosa: relato de caso. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018023603501>
11. Welponer T, Prodinger C, Pinon-Hofbauer J, Hintersteiner A, Breitenbach-Koller H, Bauer JW, et al. Clinical perspectives of gene-targeted therapies for epidermolysis bullosa. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2021;11(4):1175–97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-021-00561-5>
12. Revuelta Monje LA, Ruíz Rojas DR, Guerra Villarpando D, Bravo Polanco E. Epidermolysis bullosa. Presentación de un caso. *MediSur.* 2016;14(6):789–95. [Consulta: 24 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180049659017>
13. Acosta A, Álvarez M, Bazzano C, Borda K, Borbonet D, De María M, et al. Manejo del neonato con piel frágil. *Arch Pediatr Urug.* 2024;95(1):e801. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31134/ap.95.1.16>
14. Muñoz de Maya E. Impacto de la epidermolysis bullosa en los padres de niños que la padecen: una revisión narrativa. Trabajo de fin de grado en Enfermería. 2022. [Consulta: 24 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/703377>

Actualización

Entre la tensión y el consenso: algunos aportes a la resolución de conflictos en neonatología

Between tension and consensus: some contributions to conflict resolution in neonatology

Entre a tensão e o consenso: algumas contribuições para a resolução de conflitos em neonatologia

Mg. Marcela Arimany¹

RESUMEN

La resolución de los diversos conflictos que se presentan en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), continúa siendo uno de los focos que más estrategias de gestión y liderazgo demandan a los profesionales que lideran los equipos de trabajo.

Si se realizara una medición del tiempo invertido, en las diferentes actividades de gestión, seguramente la resolución de conflictos sería una de las actividades a la que más tiempo se le dedica.

En este artículo se intentará analizar algunas de las causas de los conflictos, quiénes son los involucrados en ellos, cómo abordarlos y resolverlos, en un entorno donde el estrés juega un rol preponderante y las emociones de los diferentes actores están en alerta continua.

Palabras clave: conflicto interpersonal; personal de enfermería; cuidado intensivo neonatal; atención de enfermería; recién nacido.

ABSTRACT

Resolving the various conflicts that arise in neonatal intensive care units (NICUs) continues to be one of the areas requiring the most management and leadership strategies from professionals leading work teams.

If a measurement of the time invested in different management activities were to be carried out, conflict resolution would surely be one of the activities to which the most time is devoted.

This article will attempt to analyze some of the causes of conflicts, who is involved and how to address and resolve them in an environment where stress plays a predominant role and the emotions of the different members are constantly on alert.

Keywords: conflict, interpersonal; nursing staff; neonatal intensive care, nursing care; newborn.

1. Mg. en Cuidados Intensivos Neonatales y Enfermería Neonatal. Supervisora del Servicio de Neonatología, Sanatorio Otamendi, CABA, Argentina.

ORCID: 0000-0001-7529-2026

Correspondencia: arimany@otamendi.com.ar

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 21 de septiembre de 2025

Aceptado: 10 de octubre de 2025

RESUMO

A resolução dos diversos conflitos que surgem nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) continua sendo um dos focos que mais exigem estratégias de gestão e liderança por parte dos profissionais que coordenam as equipes de trabalho.

Se fosse feita uma medição do tempo investido nas diferentes atividades de gestão, provavelmente a resolução de conflitos seria uma das tarefas às quais se dedica mais tempo.

Neste artigo, busca-se analisar algumas das causas dos conflitos, quem são os envolvidos, bem como as formas de abordá-los e resolvê-los em um ambiente onde o estresse desempenha um papel preponderante e as emoções dos diversos atores permanecem em constante estado de alerta.

Palavras-chave: conflito, interpessoal; recursos humanos de enfermagem; terapia intensiva neonatal; cuidados de enfermagem; recém-nascido.

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n49.03>

Cómo citar: Arimany M. Entre la tensión y el consenso: algunos aportes a la resolución de conflictos en neonatología. *Rev Enferm Neonatal*. Dic 2025;49: 32-42.

DESARROLLO

Si se observa y describen las características generales de las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), seguramente se encontrarán más de una explicación a las situaciones conflictivas.

Las UCIN, en su mayoría, son lugares donde cohabitan situaciones clínicas complejas, estrés emocional de las familias y de los integrantes del equipo de salud, y sumado a esto, el ritmo y la carga laboral suele ser de alta intensidad. El clima de tensión laboral está enmarcado por estas características y la comunicación efectiva se ve amenazada en continuas oportunidades. Es válido afirmar, que todos los integrantes del universo que forma la UCIN, se ven interpelados por emociones de las más básicas del sistema neuroemocional, como son el miedo, la tristeza o la angustia.

No sería apropiado afirmar que el entorno laboral en la UCIN es siempre hostil ni que carece de oportunidades para generar momentos gratos o de crecimiento

colectivo. De hecho, estos espacios también existen y resultan valiosos. Precisamente porque se cree que los momentos de mayor conexión y sinergia entre las personas y los equipos son los que potencian los resultados en el cuidado y la asistencia, los líderes ponen especial énfasis en detectar a tiempo los conflictos y aplicar las herramientas necesarias para resolverlos.¹

La Real Academia Española (RAE) define al conflicto como un combate, lucha, pelea, o también oposición entre personas o cosas.² Otros autores definen el conflicto como la confrontación entre dos o más sujetos cuyas ideas, necesidades y opiniones no son compatibles o son percibidos como incompatibles.³ Por ello, en todos los conflictos tienen un papel fundamental las emociones, los sentimientos y las experiencias pasadas.

Las situaciones conflictivas son instancias inherentes al ser humano y a la comunicación entre equipos de trabajo. La impronta negativa o positiva que pueda dejar un conflicto está relacionada con la manera de abordarlo y de resolverlo.

Christopher W. Moore (1986) propuso una tipología de conflictos que ayuda a comprender mejor su origen y, en consecuencia, a elegir las estrategias más adecuadas para resolverlos.⁴ Esta clasificación resulta especialmente útil en el ámbito de las UCIN, donde los equipos de salud trabajan en contextos de alta complejidad y presión emocional.

CONFLICTOS DE RELACIÓN

Son aquellos que se originan por percepciones negativas, comunicación deficiente o interacciones estereotipadas entre las partes, dando lugar a hostilidad. Pueden surgir entre profesionales a partir de la sobrecarga laboral, el cansancio o la dificultad en la comunicación diaria. La falta de confianza o las percepciones negativas afectan el clima de trabajo y, en consecuencia, la calidad de la atención. Interactuar con el equipo de trabajo requiere de respeto mutuo.

Un ejemplo de estos son los malentendidos constantes y la repetición de comportamientos agresivos entre dos colegas. En el turno de trabajo o en los pases de guardia, muchas veces se ponen en juego interacciones estereotipadas que restan importancia a valoraciones de colegas, o acciones o cuidados realizados con anterioridad. Otra situación común en donde se establecen conflictos de relación es la llegada tarde al pase de guardia. Esto predispone negativamente a esa instancia de comunicación, transformando al

proceso en inseguro y muchas veces incompleto de información.

CONFLICTOS DE DATOS/INFORMACIÓN

Estos suceden cuando las partes tienen acceso a información diferente, o interpretan la misma información de forma distinta. Aparecen cuando existen diferencias en la interpretación de protocolos, en la transmisión de indicaciones médicas o en la disponibilidad de datos clínicos del paciente.

Un ejemplo sobre un conflicto de información se produce cuando parte del equipo de salud les da una información a los padres de un paciente de UCIN, y otra parte cuenta con otros datos diferentes y brinda otra información. El mismo equipo de trabajo, dos informaciones distintas a la familia sobre el mismo eje asistencial y de cuidados. Esta instancia conflictiva es muy delicada y de muchísima profundidad, ya que pone en riesgo la relación de confianza entre las familias y el equipo, o entre los distintos protagonistas del equipo. La confianza constituye un pilar fundamental para construir el vínculo único que debe desarrollarse en las UCIN. Si esta se viera debilitada o anulada, los resultados del cuidado no serían los mismos y la experiencia de atravesar tantos días de internación se volvería mucho más difícil. Como ya es sabido, la comunicación juega un rol protagónico siempre, pero en esta categoría de conflicto es el eje central. Informar no es lo mismo que comunicar. La comunicación efectiva cuenta con distintos componentes que a la hora de dar informes o explicar situaciones asistenciales, son necesarios poner en juego y esta estrategia será la que le dará respaldo a la información que es necesario comunicar, sorteando obstáculos como el tiempo o la complejidad de la situación.

CONFLICTOS DE INTERESES

Se manifiestan cuando hay discrepancias en la priorización de recursos (tiempo, personal, equipamiento) o en las necesidades psicológicas de reconocimiento y autonomía dentro del equipo. Nacen de la necesidad percibida de satisfacer los propios deseos o intereses, que resultan incompatibles con los de la otra parte. La incompatibilidad también puede pensarse como una posibilidad, ya que muchas veces el conflicto no radica en la falta de interés, sino en las limitaciones que tiene una u otra parte para poder resolverlo.

Un ejemplo en la UCIN podría ser cuando una persona solicita un día compensatorio. Puede pasar que el conflicto esté dado porque también otro colega necesita ese mismo día o simplemente porque desde la organización de la dotación, no es posible otorgar ese día. El interés personal está en juego y el interés mayor de cobertura del servicio también. Allí se tendrán que analizar las necesidades y las posibilidades de todas las partes y ver cómo lograr el mejor resultado.

También este conflicto se puede presentar en la gestión de los recursos materiales, con la justificación de compra o de requerimientos específicos.

CONFLICTOS ESTRUCTURALES

Se describen como el resultado de diferencias de poder y control, o de estructuras organizacionales que crean conflicto. Están vinculados a limitaciones de recursos materiales y humanos, turnos desiguales, jerarquías rígidas o distribución inequitativa de las cargas de trabajo.

Un ejemplo de este tipo de conflicto se produce entre las normativas institucionales dirigidas a la relación enfermera/paciente y los resultados de calidad exigidos. Los indicadores de resultados seguramente se verán afectados y el conflicto entre quienes toman las decisiones, que son quienes tienen el poder, y los que llevan a cabo los procesos de cuidados, se representarán en un orden desigualdad. En esta instancia es donde los mandos medios, juegan un rol fundamental en la justificación y en la negociación, intentado un logro de 50/50 para obtener los mejores resultados optimizando al máximo la relación enfermera /paciente para lograr una adecuada gestión del recurso humano.

CONFLICTOS DE VALORES

Se basan en diferencias fundamentales de valores, creencias y principios que cada parte considera importante. Emergen cuando los profesionales tienen percepciones distintas sobre la mejor manera de cuidar, decisiones éticas respecto a la prolongación de tratamientos o enfoques diferentes en la relación con las familias.

Estos conflictos suelen ser especialmente difíciles, ya que pueden generar quiebres profundos en las relaciones interpersonales. Cada persona construye sus valores a lo largo de su vida, influidos por la cultura y transmitidos en los entornos más íntimos. Por este

motivo, resulta desmedido pensar que los valores propios están por encima de los de los demás o que las creencias propias poseen mayor legitimidad que las de otros. Sin embargo, esto continúa ocurriendo, y es allí donde el respeto debe ser el timón que guíe nuestras acciones.

Entre los **conflictos de valores**, existen múltiples ejemplos. Uno en particular, merece detenerse para reflexionar: los juicios de valor que a veces emitimos de manera ligera. Los profesionales dicen: “estos padres vienen poco”, “estos padres no se vinculan con su hijo”, “estos padres son desinteresados porque preguntan poco”, o incluso “cómo puede ser que no vengan, aunque sea una fiesta religiosa”. También sucede cuando el equipo de salud opina frente a decisiones familiares en situaciones límite, como la adecuación de cuidados terapéuticos o la elección de continuar con todas las medidas de asistencia posibles para su hijo.

Los conflictos que involucran valores o creencias personales requieren de una intervención muy cuidadosa. En estos casos, resulta fundamental poner en práctica todas las estrategias de **escucha activa**, prestar especial atención a la **comunicación no verbal** y ser

oportuno y cuidadoso con las palabras. Siempre debe mantenerse presente el objetivo hacia el cual se quiere avanzar. No es adecuado minimizar ni ignorar los valores de una de las partes, aun cuando no coincidan con los propios. El abordaje de este tipo de conflictos exige adoptar una postura de mediador: respetuosa, empática y con la disposición de brindar el tiempo de escucha que sea necesario.

Reconocer el tipo de conflicto que predomina en cada situación permite a los líderes de equipo aplicar estrategias de resolución más precisas, transformando estas tensiones en oportunidades de aprendizaje, cohesión y mejora en la calidad del cuidado neonatal.

En los ambientes laborales, también se pueden clasificar los conflictos (*Tabla 1*) con el siguiente encuadre:

- **Conflictivo intrapersonal:** surge cuando un empleado experimenta una tensión interna debido a una discrepancia entre sus valores personales y las demandas laborales. Esta situación puede generar desmotivación y baja productividad.
- **Conflictivo interpersonal:** se produce entre dos o

Tabla 1. Clasificación de los conflictos y ejemplos que suceden en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Tipo de conflicto	Definición	Ejemplos en UCIN
Intrapersonal	Se produce dentro de una misma persona, cuando hay conflictos internos entre valores, emociones, intereses o decisiones.	Un profesional que duda sobre la mejor decisión para el cuidado de un recién nacido, sintiéndose dividido entre protocolos y necesidades familiares.
Interpersonal	Surge entre dos o más personas, por diferencias en intereses, comunicación, emociones o valores.	Discrepancia entre dos profesionales sobre un procedimiento; tensión entre un enfermero y una familia respecto al cuidado del bebé.
Intragrupal	Se da dentro de un mismo equipo de trabajo. Aparece por desigualdad en la distribución de tareas, falta de coordinación o liderazgo poco claro.	Discusiones dentro del equipo de enfermería sobre la organización de turnos o la carga laboral.
Intergrupal	Ocurre entre distintos grupos de una organización. Suele relacionarse con objetivos contrapuestos, recursos limitados o diferencias de roles.	Tensiones entre médicos y enfermería en la toma de decisiones, o entre la UCIN y otros servicios del hospital por recursos.

Fuente: Elaboración propia.

más personas dentro del servicio. Puede darse entre compañeros, entre un empleado y su superior o incluso entre un empleado y un paciente, y su familia. Las causas suelen ser diversas, desde diferencias de personalidad hasta malentendidos en la comunicación.

- **Conflictos intragrupal:** ocurre dentro de un mismo equipo de trabajo. La competencia por recursos, la diversidad de opiniones o una mala definición de roles pueden generar fricciones y afectar el desempeño del equipo.
- **Conflictos intergrupales:** se manifiesta entre diferentes equipos, de un mismo servicio o diferentes servicios de una misma institución. La rivalidad por recursos, la falta de coordinación o la competencia por objetivos pueden desencadenar conflictos entre grupos.⁵

En los conflictos interpersonales o los intergrupales, la rigidez en las posturas y el ego elevado, personal o grupal, profundizan más el conflicto y la estrategia de resolución es mucho más dificultosa.

Ahora bien, desarrollados algunos conceptos sobre los diferentes tipos de conflictos y algunos ejemplos, se abordará la forma de abordaje y de resolución de estos.

ABORDAJE Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

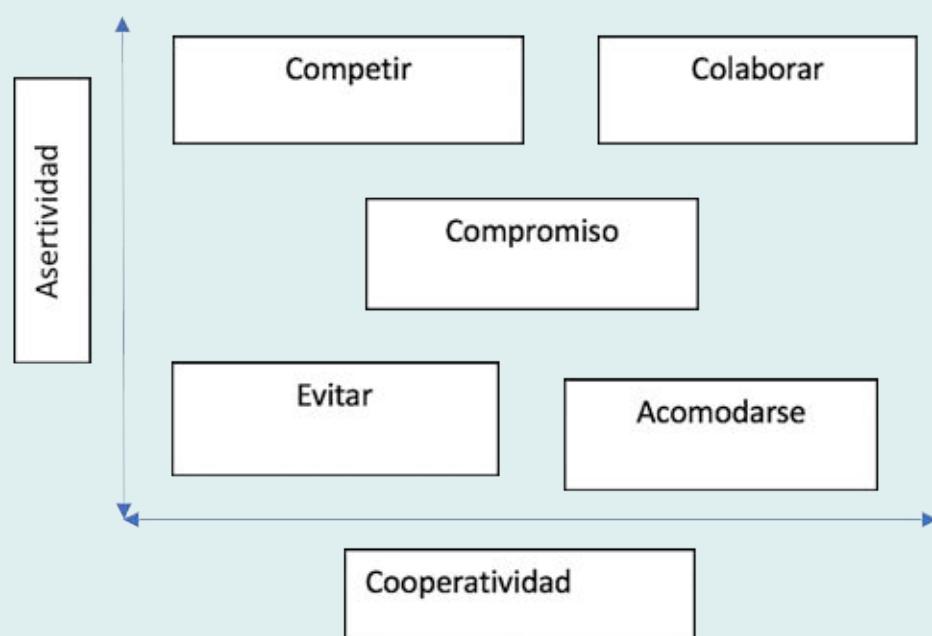
El primer paso para la resolución es poder identificarlos y luego profundizar en ellos. Hay algunos que son muy evidentes y resonantes y por lo tanto identificarlos es más fácil.

De todos modos, muchas veces, detrás de una situación conflictiva muy obvia, se esconden muchísimas otras problemáticas necesarias de abordar.

Como líderes, el conocimiento de los equipos y la observación de las dinámicas grupales, son dos de las tantas cualidades importantísimas para desarrollar. Tener una mirada ampliada siempre ayuda a interpretar las relaciones interpersonales y a no perder las oportunidades de abordaje de las situaciones conflictivas.⁶

El *Thomas-Kilmann MODE Conflict Instrument (TKI)* fue introducido por Kenneth W. Thomas y Ralph H. Kilmann en 1974. Este instrumento fue diseñado para medir la respuesta a situaciones de conflicto. Propusieron un modelo de resolución de conflictos que, mayoritariamente, es el que sigue siendo oportuno en estos tiempos. Es una herramienta esencial para quienes buscan manejar conflictos de manera constructiva y efectiva.⁷

Figura 1. Modelos de comportamiento para la resolución de conflictos



Fuente: Elaboración propia.

Este modelo se basa en dos dimensiones básicas del comportamiento: la asertividad y la cooperación frente a un conflicto. Se entiende por asertividad al grado en que las personas intentan satisfacer sus propias preocupaciones, y cooperación, al grado en el que el individuo intenta satisfacer las preocupaciones de otras personas. Sobre estos dos ejes se mueven los comportamientos (*Figura 1*).

El TKI identifica 5 estilos de resolución de conflicto:

- 1. Competir**
- 2. Colaborar**
- 3. Compromiso**
- 4. Evitar**
- 5. Acomodarse**

La elección de alguno de estos cinco propuestos estará directamente relacionado a la personalidad de los involucrados.

- 1. Competir:** es una postura asertiva pero muy poco colaborativa. Es un modelo orientado al poder, a ganar de cualquier forma para lograr el objetivo a expensas de las posturas de los demás.
- 2. Colaborar:** es a la vez asertivo y cooperativo. Al colaborar, una persona intenta trabajar con la otra para encontrar una solución que satisfaga plenamente las preocupaciones de ambas. Implica profundizar en un problema para identificar las preocupaciones subyacentes de ambas y encontrar una alternativa que las satisfaga. La colaboración entre dos personas puede consistir en explorar un desacuerdo para aprender de las perspectivas de la otra, resolver una situación que, de otro modo, las haría competir por recursos, o confrontar y buscar una solución creativa a un problema interpersonal.
- 3. Compromiso:** es un punto intermedio entre el asertividad y la cooperación. Al comprometerse, el objetivo es encontrar una solución conveniente y mutuamente aceptable que satisfaga parcialmente a ambas partes. El compromiso se sitúa en un punto intermedio entre competir y adaptarse, siendo más que competir, pero menos que adaptarse. Asimismo, aborda un problema de forma más directa que evitarlo, pero no lo explora con tanta profundidad como colaborar. El compromiso puede significar dividir las diferencias, intercambiar concesiones o buscar rápidamente un punto medio.

4. Evitar: es una actitud poco asertiva y poco cooperativa. Al evitar, una persona no aborda de inmediato sus propias preocupaciones ni las de la otra. No aborda el conflicto. Evitar puede consistir en eludir diplomáticamente un asunto, posponerlo para un mejor momento o simplemente retirarse de una situación amenazante.

5. Acomodarse: La complacencia es insegura y cooperativa, lo opuesto a la competencia. Al complacer, una persona descuida sus propias preocupaciones para satisfacer las de la otra persona; hay un elemento de autosacrificio en esta actitud. La complacencia puede manifestarse como generosidad o caridad desinteresada, obedecer las órdenes de otra persona cuando preferiría no hacerlo o ceder ante su punto de vista.

Distintos autores hacen especial foco, en que las características personales, o las herramientas personales, delimitarán la estrategia de abordaje o resolución (*Tabla 2*).⁸⁻¹⁰

Para la resolución de conflictos en la UCIN hay varios puntos a tener en cuenta:

1. Evaluación de estilos personales

Realizar una evaluación de estilos de conflicto en el equipo permite a cada miembro reflexionar sobre su enfoque y comprender mejor las dinámicas grupales. Herramientas como el cuestionario de Thomas-Kilmann. puede ser una guía valiosa para el desarrollo personal y grupal.

2. Formación en habilidades de resolución de conflictos

Implementar talleres de formación donde el personal de enfermería aprenda a identificar y manejar los diferentes estilos de conflicto. Esto no solo mejora la comunicación, sino que también promueve un ambiente de respeto y colaboración.

3. Creación de protocolos de resolución de conflictos

Desarrollar protocolos claros que guíen a los empleados sobre cómo proceder en situaciones de conflicto. Estos pueden incluir la identificación del estilo de conflicto involucrado, los pasos para abordarlo de manera proactiva y los recursos disponibles para la mediación.

4. Fomentar una cultura abierta

Promover una cultura de comunicación abierta donde enfermería sienta la libertad de expresar sus preocupaciones, fomenta la colaboración y reduce el estrés organizacional.

Tabla 2. Cuadro comparativo de estilos de manejo de conflictos y contexto ideal

Estilo	Asertividad	Cooperación	Contexto Ideal
Competencia	Alta	Baja	Decisiones rápidas
Colaboración	Alta	Alta	Relaciones a largo plazo
Compromiso	Media	Media	Paz grupal
Evitar	Baja	Baja	Conflictos triviales
Acomodación	Baja	Alta	Relaciones cruciales

Fuente: Elaboración propia.

El conflicto también se puede abordar desde la neurociencia. La neurociencia aporta un marco fundamental para comprender los procesos cognitivos y emocionales que subyacen a la resolución de conflictos en equipos de enfermería neonatal (*Tabla 3*). El conocimiento de cómo el cerebro procesa el estrés, la empatía y la toma de decisiones permite diseñar estrategias que favorezcan la regulación emocional y la comunicación efectiva en contextos de alta complejidad asistencial. Investigaciones en neurociencia social evidencian que el fortalecimiento de la corteza prefrontal —implicada en el control de impulsos y la flexibilidad cognitiva— y la activación de circuitos relacionados con la empatía favorecen la cooperación y la construcción de soluciones consensuadas. Aplicar estos hallazgos al ámbito de la enfermería neonatal contribuye a disminuir la escalada de tensiones interpersonales, mejorar la cohesión del equipo y, en última instancia, garantizar un cuidado más seguro y humanizado para el recién nacido crítico y su familia.^{11,12}

Las situaciones de estrés generan cambios fisiológicos que permiten que una u otra región del cerebro se active o se anule condicionando la respuesta. Frente a situaciones de amenaza, la amígdala cerebral se estimula, ésta desencadena el eje de liberación de cortisol y el mismo aumenta los niveles séricos que ayudan a anular la respuesta prefrontal que es donde cohabitan las funciones de interpretación, entendimiento y reflexión, entre otras. El cuerpo humano está preparado para huir y muy poco para entender y colaborar con la resolución de un conflicto.^{13,14}

Frente a estas situaciones, es necesario realizar acciones dirigidas específicamente para modificar la conducta y facilitar una respuesta más adaptativa. Una de ellas es la **respiración profunda y pausada** (inspiración en 4 segundos y espiración en 6), que favorece la oxigenación cerebral y regula la activación de la amígdala, permitiendo que las redes de conexión respondan de una manera más flexible y menos reactiva. Otra estrategia es la **pausa silenciosa de algunos segundos**, que activa los circuitos prefrontales vinculados con la autorregulación, posibilitando que la respuesta sea más medida y deliberada. Asimismo, la práctica de **reencuadre cognitivo** —es decir, reinterpretar la situación de conflicto desde otra perspectiva— se asocia con una disminución de la activación emocional y un aumento de la empatía hacia el otro. El **anclaje corporal**, mediante técnicas de conciencia plena de la postura y las sensaciones físicas, contribuye a reducir la sobrecarga autonómica y facilita la comunicación no verbal positiva en la interacción. Del mismo modo, los **microdescansos atencionales** (desviar la atención brevemente a un estímulo neutro, como un objeto del entorno o la propia respiración) ayudan a interrumpir la escalada emocional y recuperar claridad cognitiva. Finalmente, el **entrenamiento en escucha activa y resonancia empática** refuerza la activación de redes neuronales espejo, mejorando la sintonía interpersonal y aumentando las posibilidades de alcanzar consensos constructivos.

Tabla 3. Estrategias y evidencia para el afrontamiento de un conflicto desde la neurociencia

Estrategia	Evidencia / Estudio reciente	Qué muestra la neurociencia
Respiración lenta y pausada (Inspirar/espirar con pausa, respiración “resonante”)	You M, Laborde S, Zammit N, Iskra M, Borges U, et al. Emotional Intelligence Training: Influence of a Brief Slow-Paced Breathing Exercise on Psychophysiological Variables Linked to Emotion Regulation. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2021 Jun 20;18(12):6630. doi: 10.3390/ijerph18126630	Ejercicios cortos de respiración lenta, de 5 minutos incrementan la actividad vagal cardíaca, que se vincula con una mejor regulación emocional.
	Goheen J, Anderson JAE, Zhang J, Northoff G. From Lung to Brain: Respiration Modulates Neural and Mental Activity. <i>Neurosci Bull.</i> 2023 Oct;39(10):1577-1590. doi: 10.1007/s12264-023-01070-5.	Distintos protocolos respiratorios (respiración lenta o resonante, hiperventilación, entre otros) tienen efectos en varias regiones cerebrales, en la actividad eléctrica cerebral, en la variabilidad del ritmo cardíaco, y en la regulación emocional.
Atención a la respiración (Mindfulness)	Doll A, Hölzel BK, Mulej Bratec S, Boucard CC, Xie X, et al. Mindful attention to breath regulates emotions via increased amygdala-prefrontal cortex connectivity. <i>Neuroimage.</i> 2016 Jul 1;134:305-313. doi: 10.1016/j.neuroimage.2016.03.041.	Practicar la atención a la respiración (<i>mindfulness</i> básico) durante dos semanas reduce la activación de la amígdala ante estímulos aversivos, e incrementa la conectividad funcional entre la amígdala y regiones prefrontales, y esto mejora la regulación emocional.
Reencuadre cognitivo (Cognitive reappraisal)	Meyers S, Hu D, Tamir M. Cognitive Reappraisal is More Effective for Regulating Emotions than Moods. <i>Affec Sci</i> (2025). https://doi.org/10.1007/s42761-025-00310-3	Muestra que el reencuadre cognitivo es una estrategia efectiva para regular emociones intensas; modifica cómo las personas interpretan la situación emocional.
	Jiang Q, Hou L, Wang H, Li C. The Effect of Cognitive Reappraisal on Reactive Aggression: An fMRI Study. <i>Front Psychol.</i> 2018 Oct 15;9:1903. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01903.	El comportamiento no cambia inmediatamente en todas las condiciones; reencuadrar reduce la activación en áreas cerebrales implicadas en la agresión reactiva, como la ínsula, el cuerpo estriado, mejora la activación prefrontal, y produce mayor control.
	Yang Q, Pourtois G. Modulation of Conflict Processing by Reappraisal: An Experimental Investigation. <i>Brain Sci.</i> 2022 Apr 27;12(5):564. doi: 10.3390/brainsci12050564.	En tareas que generan conflicto quienes reportan usar esta técnica muestran mejor procesamiento del conflicto, menor efecto negativo del mismo.
Pausa silenciosa / pausa deliberada	Doll A, Hölzel BK, Mulej Bratec S, Boucard CC, Xie X, et al. Mindful attention to breath regulates emotions via increased amygdala-prefrontal cortex connectivity. <i>Neuroimage.</i> 2016 Jul 1;134:305-313. doi: 10.1016/j.neuroimage.2016.03.041.	La respiración lenta y la atención plena implican momentos de calma, pausa interna que permiten que la respuesta emocional no sea inmediata, sino que se active la corteza prefrontal. Los estudios de <i>mindfulness</i> muestran que hay mayor integración entre corteza prefrontal y amígdala y no hay reacción impulsiva.

Escucha activa / empatía	<p>Gerace A, Oster C, O’Kane D, Hayman CL, Muir-Cochrane E. Empathic processes during nurse-consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. <i>Int J Mental Health Nursing.</i> 2018 Feb;27(1):92-105. doi: 10.1111/inm.12298.</p> <p>Liu Z, Lu K, Hao N, Wang Y. Cognitive Reappraisal and Expressive Suppression Evoke Distinct Neural Connections during Interpersonal Emotion Regulation. <i>J Neurosci.</i> 2023 Dec 6;43(49):8456-8471. doi: 10.1523/JNEUROSCI.0954-23.2023.</p>	<p>En situaciones de conflicto, la empatía sostenida por la enfermería ayuda a lograr desenlaces más positivos, favoreciendo la resolución del conflicto al disminuir la adversidad percibida y mejorar la relación interpersonal.</p> <p>La regulación emocional interpersonal muestra que estrategias como esta no solo modulan la propia emoción, sino que facilitan mejores interacciones sociales/ emocionales</p>
---------------------------------	--	---

Fuente: Elaboración propia.

RESPONSABILIDADES DE LOS LÍDERES EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Los líderes de los equipos de trabajo, deben ser facilitadores en las dinámicas grupales y en consecuencia poder abordar los conflictos y sus resoluciones de mejor manera.

Es responsabilidad de los líderes fomentar una cultura de comunicación abierta. Un liderazgo efectivo promueve un ambiente donde el equipo se siente seguro para expresar sus preocupaciones y desacuerdos y a través de esta confianza el equipo se fortalece y puede afrontar los escenarios más complejos.

Es imprescindible utilizar un enfoque centrado en la familia. Los líderes deben asegurar que se implementen estrategias de toma de decisiones compartida, donde las familias son vistas como miembros clave del equipo de cuidado. Esto minimiza los conflictos al garantizar que los objetivos de cuidado se alineen con los valores y creencias de los padres. Para ello, se debe promover las UCIN realmente abiertas a las familias con dinámicas de asistencia y cuidados integrativos asociados a los padres en los cuidados y otorgando el lugar de protagonistas.¹⁵

Otra responsabilidad de los líderes es capacitar al equipo en habilidades de comunicación, como comunicar malas noticias y escucha activa, entre otras. La comunicación es el eje fundamental donde se apoyan todos los procesos, la interacción y los vínculos interpersonales. Es una de las habilidades blandas más importantes de desarrollar. Los distintos componentes de la comunicación, como la escucha activa, y la co-

municación verbal y no verbal, son los conceptos que requieren de entrenamiento y desarrollo. Un equipo bien capacitado está mejor preparado para prevenir que los desacuerdos escalen a conflictos.¹⁶⁻¹⁸

Palabras como respeto y confianza son las que se deben tener muy presentes en la construcción de los equipos de trabajo.

Los problemas laborales o conflictos en el ámbito laboral siempre son laborales; no es común que alguna de estas situaciones involucre aquello de índole personal, y por este motivo mirar la situación con algo de distancia, ayuda a interpretarla mejor, salir del centro como si fuera personal, y luego ver cuáles serían las estrategias resolutivas más oportunas.

En todos los equipos de trabajo se presentan situaciones conflictivas por abordar. Algunas de las estrategias de resolución o de abordaje que dan resultado son tratar de transformar los dilemas en problemas. Modificar la mirada de las situaciones y verlas como un problema y no como un dilema. La definición de dilema es “situación en la que es necesario elegir entre dos opciones igualmente buenas o malas y excluyente una de otra” y la de problema, “situación que se trata de aclarar”. Por lo tanto, cambiar el prisma a través del cual se observa la situación, es posible que ayude a encontrar más opciones de miradas y posturas para la misma situación.¹⁹⁻²¹

Otra estrategia es la transparencia. Se entiende por transparencia, el compromiso absoluto con la verdad y la objetividad de los hechos, haciendo foco en la observación y siendo cuidadoso con la interpretación y los relatos subjetivos de los mismos.

Es más fácil resolver un conflicto partiendo de la verdad que tratando de buscar excusas o justificaciones sin sustento. La transparencia, aunque a través de ella se visualicen eventos adversos, o posturas de desconocimiento o inseguridades, siempre dará más posibilidades para construir vínculos de confianza. La transparencia también deja ver las fortalezas del equipo, y sus redes de apoyo. Expone el rol del líder y su función concéntrica en un equipo con objetivos claros.

CONCLUSIÓN

La resolución de conflictos en la UCIN constituye un desafío complejo, dada la elevada carga emocional, la urgencia de las decisiones clínicas y la vulnerabilidad del paciente. La incorporación de aportes de la neurociencia ofrece un marco innovador para comprender cómo los procesos cerebrales regulan la respuesta al estrés, la empatía y la comunicación en los equipos de enfermería neonatal. Estrategias como la respiración profunda, la pausa deliberada, el reencuadre cognitivo, la atención plena y la escucha activa han

demostrado ser herramientas eficaces para modular la activación emocional y favorecer la toma de decisiones colaborativa. Implementar estas prácticas en el ámbito asistencial no solo reduce la escalada de tensiones interpersonales, sino que también fortalece la cohesión grupal y contribuye a un entorno de cuidado más seguro, humano y centrado en el recién nacido y su familia.

De este modo, la integración de conocimientos neurocientíficos en la práctica diaria de enfermería neonatal se presenta como una oportunidad para transformar el manejo del conflicto en un motor de crecimiento personal, profesional y organizacional.

En las UCIN, aunque enfermería se encuentre continuamente expuesta a un ambiente de alta tensión, siempre hay oportunidades para construir la mejor sinergia entre los equipos. El perfil y el rol del líder es determinante en los resultados de procesos y en los espacios de crecimiento que se le otorgue a cada individuo dentro del equipo.²²

REFERENCIAS

1. Almost J. Conflict within nursing work environments: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2006 Feb;53(4):444–53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03738.x.
2. Real Academia Española. Conflicto [Internet]. En: Diccionario de la lengua española. 23^a ed. [versión 23.7 en línea]. Madrid: Real Academia Española; 2024. [Consulta; 28 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/conflicto>.
3. Díaz Millán MT. El conflicto: información, resolución, fuentes y actividades. *Hekademos Rev Educ Digit.* 2011 abr; 4(8):47-62.
4. Moore C. (1986). *The Mediation Process: Practical Strategies for Resolving Conflict*. 3rd.ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2004.
5. Robbins SP, Judge TA. Comportamiento Organizacional. 17^a ed. México: Pearson Educación; 2017.
6. Abarca Arias YM, Espinoza Moreno TM, Llerenan Callata SG, Berrios Manrique NY. Tipos de conflictos laborales y su manejo en el ejercicio de la enfermería. *Enferm Glob.* 2020;19(57):460–78.
7. Thomas KW, Kilmann RH. Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press, Inc.; 1974. doi:10.1037/t02326-000.
8. Lederach JP. Building peace: Sustainable reconciliation in divided societies. Washington, D.C.: United States Institute of Peace Press; 1997.
9. Goleman D. Emotional intelligence: why it can matter more than IQ for character, health and lifelong achievement. New York: Bantam Books; 1995.
10. Fisher R, Ury W, Patton B. *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In.* 3rd ed. New York: Penguin Books; 2011.

11. Assi MD, Eshah NF, Rayan A. The Relationship Between Mindfulness and Conflict Resolution Styles Among Nurse Managers: A Cross-Sectional Study. *SAGE Open Nurs.* 2022 Nov 27;8:23779608221142371. doi: 10.1177/23779608221142371.
12. Nestler EJ, Russo SJ. Neurobiological basis of stress resilience. *Neuron.* 2024 Jun 19;112(12):1911-1929. doi: 10.1016/j.neuron.2024.05.001.
13. Rafferty J. Neuroscience, Psychology and Conflict Management [Internet]. Calgary: Judith Rafferty; 2024. [Consulta: 28 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.emotionstherapycalgary.ca/blog-therapy-calgary-emotions-clinic/conflict-resolution-strategies>
14. Engert V, Kok BE, Papassotiriou I, Chrousos GP, Singer T. Specific reduction in cortisol stress reactivity after social but not attention-based mental training. *Sci Adv.* 2017 Oct;3(10):e1700495.n doi: 10.1126/sciadv.1700495.
15. Quiroga A. El manejo profesional de los conflictos: estrategias para mejorar los ambientes de trabajo. *Rev Enferm Neonatal.* 2015;12:22–25.
16. Kopelman AE. Understanding, avoiding, and resolving end-of-life conflicts in the NICU. *Mt Sinai J Med.* 2006 May;73(3):580–6.
17. Morillo Palomo A, Esquerda Arresté M, Riverola de Veciana A, Cambra Lasaosa FJ. End-of-life decision-making in the neonatal intensive care unit. *Front Pediatr.* 2024 Jan 8; 11:1352485. doi: 10.3389/fped.2023.1352485.
18. Rincón Aponte J. La importancia de la comunicación no verbal en la enseñanza. *Revista Ingeniería Solidaria.* 2011;6(10):113-120. doi:10.16925/IN.V6I10-11.459
19. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23a ed. [Internet]. Madrid: RAE; 2014. Dilema. [Consulta: 28 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/del>
20. Fisher R, Ury W, Patton B. Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In. 3rd ed. New York: Penguin Books; 2011.
21. Moore C. El proceso de mediación: métodos prácticos para la resolución de conflictos. Buenos Aires: Gránica; 1995.
22. Kiwanuka F, Nanyonga RC, Sak-Dankosky N, Muwanguzi PA, Kvist T. Nursing leadership styles and their impact on intensive care unit quality measures: An integrative review. *J Nurs Manag.* 2021 Mar;29(2):133–42. doi: 10.1111/jonm.13151.

Actualización

Lactancia materna: un reto en salud pública en México

Breastfeeding: A public health challenge in Mexico

Amamentação: um desafio de saúde pública no México

Mg. Omar Medina de la Cruz¹, Dra. Verónica Gallegos García²,
Dra. Francisca Angélica Hernández Torres³, Mg. Elba Iveth Sebastián Hernández⁴,
Dra. Juana Guadalupe Mendoza Zapata⁵, Mg. Laura Luz Mendoza Pérez⁶,
Dr. Juan de Dios Hernández Morales⁷

RESUMEN

La alimentación en la primera infancia es crucial para el crecimiento y desarrollo. La leche humana es el “estándar de oro” por su riqueza de nutrientes adaptados al recién nacido (RN). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses y posteriormente complementaria. En 2022, México registró una LME del 33,6 %, a pesar de un marco normativo que reconoce, promociona y protege la lactancia. Aun así, existen barreras de tipo económico, cultural y familiar que dificultan su práctica. La lactancia beneficia al RN (en su desarrollo cerebral, función renal y pulmonar, salud hepática, tejido cardiovascular y microbiota intestinal), a la madre (reduce el riesgo de cáncer de mama, hipertensión y enfermedades cardiovasculares), y a la sociedad, la economía y el medio ambiente. Por ello, es necesario promover políticas públicas que faciliten espacios dignos, como salas de lactancia, lactarios hospitalarios y bancos de leche humana, para apoyar y garantizar este derecho, temas que se abordan en esta revisión bibliográfica.

Palabras clave: leche humana; nutrición infantil; política pública; salud pública.

ABSTRACT

Nutrition in early childhood is crucial for growth and development. Human milk is the “gold standard” due to its richness of nutrients adapted to the newborn.

1. 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.1. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Luis Potosí, México. ORCID: 0000-0002-0239-7721
2. Doctorado en Biología Molecular. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0000-0002-5978-5477
3. Doctorado en Salud Pública. Secretariado Ejecutivo del Consejo Estatal de Seguridad Pública. San Luis Potosí, México. ORCID: 0000-0003-3193-209X
4. Maestría en Dirección y Administración de Equipos de Salud, Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0000-0001-8840-5990
5. Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Hospital General de Zona No.1. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Luis Potosí, México. ORCID: 0000-0001-5091-9451
6. Maestría en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0000-0002-3101-2536
7. Doctor Especialista en Medicina de Familia. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Luis Potosí, México. ORCID: 0000-0002-6236-5190

Correspondencia: omar.medina@uaslp.mx

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 24 de agosto de 2025

Aceptado: 14 de octubre de 2025

The WHO recommends exclusive breastfeeding (EBF) for the first six months and then complementary feeding thereafter. In 2022, Mexico recorded an EBF rate of 33.6%, despite a regulatory framework that recognizes, promotes, and protects breastfeeding. Even so, there are economic, cultural, and family barriers that hinder its practice. Breastfeeding benefits the newborn (brain development, kidney and lung function, liver health, cardiovascular tissue, and gut microbiota), the mother (reduced risk of breast cancer, hypertension, and cardiovascular disease, and contributes to uterine involution), the society, the economy, and the environment. Therefore, it is necessary to promote public policies that provide decent spaces, such as lactation rooms, hospital lactation rooms, and human milk banks, to support and guarantee this right, topics addressed in this bibliographic review.

Keywords: *human milk; infant nutrition; public policy; public health.*

RESUMO

A nutrição na primeira infância é crucial para o crescimento e o desenvolvimento. O leite humano é o “padrão ouro” devido à sua riqueza de nutrientes adaptados ao recém-nascido. A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) durante os primeiros seis meses e, posteriormente, a alimentação complementar. Em 2022, o México registrou uma taxa de AME de 33,6%, apesar de um marco regulatório que reconhece, promove e protege o aleitamento materno. Mesmo assim, existem barreiras econômicas, culturais e familiares que dificultam sua prática. A amamentação beneficia o recém-nascido (desenvolvimento cerebral, função renal e pulmonar, saúde hepática, tecido cardiovascular e microbiota intestinal), a mãe (redução do risco de câncer de mama, hipertensão e doenças cardiovasculares, e contribui para a involução uterina), a sociedade, a economia e o meio ambiente. Portanto, é necessário promover políticas públicas que ofereçam espaços dignos, como salas de amamentação, salas de amamentação hospitalares e bancos de leite humano, para apoiar e garantir esse direito, tópicos abordados nesta revisão bibliográfica.

Palavras-chave: *leite humano; nutrição do lactente; política pública; saúde pública.*

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n49.04>

Cómo citar: Medina de la Cruz O, Gallegos García V, Hernández Torres FA, Sebastián Hernández EI, et al. Lactancia materna: un reto en salud pública en México. *Rev Enferm Neonatal*. Diciembre 2025;49:43-58.

INTRODUCCIÓN

La primera infancia es una etapa de la vida importante para promover el crecimiento y el desarrollo cognitivo saludable de niñas y niños, en la cual se le debe prestar especial importancia a la nutrición. La OMS y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan comenzar la lactancia materna durante la primera hora de vida, posteriormente debe ser exclusiva durante los primeros seis meses y complementaria con otros alimentos saludables hasta los dos años o más.¹ Sin embargo, ningún país cumple actualmente todos los objetivos recomendados por la OMS para apoyar a las madres en la lactancia materna.²

La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) diseñaron e implementaron el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna a fin de estimular el apoyo político, jurídico, económico y público hacia la lactancia materna. Este Colectivo dentro de sus atribuciones se encarga de reunir entidades de gobierno para dar seguimiento y fortalecer la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.³

Los múltiples beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva (LME) se han documentado; a pesar de esto, más del 40 % de todas las niñas y niños a nivel mundial no han sido amamantados. Además, se estima que entre 2015 y 2021 el 47 % de los recién nacidos inició la lactancia materna en la primera hora de vida, frente al objetivo del 70 % planteado por el Colectivo Mundial de Lactancia Materna.⁴

En México durante el 2022, de acuerdo con la Secretaría de Salud, la LME en los primeros seis meses de vida fue del 33,6 %. Amamantar es complicado debido a que tanto el inicio como el mantenimiento de la lactancia materna depende de diferentes factores dentro de los que se incluyen los de tipo económico, culturales, la dinámica familiar y el comportamiento de la madre y el recién nacido.^{4,5}

La leche humana es el mejor alimento durante la niñez, ya que es rica en diferentes nutrientes como proteínas, ácidos grasos, vitaminas, hormonas y diferentes factores de crecimiento que se adaptan a las necesidades del recién nacido. Por lo tanto, se considera a la LME como el estándar de oro en la

nutrición de niñas y niños por los diferentes componentes que tiene dependiendo de la etapa de crecimiento (*Figura 1*).⁴

El conocimiento de todos los beneficios tanto económicos y de salud que la lactancia materna aporta a las niñas, los niños, las madres, las familias y la sociedad en general, exige que la protección, promoción y apoyo de esta se consideren fundamentales para la equidad y la justicia social ya que además se vincula de manera estrecha con el cumplimiento de los derechos humanos.⁶ En México de acuerdo con la información de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) durante el 2024 se tuvo un registro de 1 437 144 madres capacitadas en lactancia materna y 1 321 730 menores de 6 meses que recibieron LME.⁷ Por lo anterior, es importante establecer políticas públicas en torno a la lactancia que permitan promover la salud y el bienestar del binomio madre-hijo. En este sentido, el objetivo de esta investigación es documentar el panorama actual de la lactancia materna en México, así como la descripción de los principales beneficios, conocer los espacios que favorecen la lactancia materna, el marco

normativo en el país y el rol del personal de enfermería para su fomento.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Los beneficios de la lactancia materna van más allá de los aspectos nutricionales, ya que contiene anticuerpos que brindan protección contra microorganismos patógenos; además, los recién nacidos alimentados con LME son más sanos en los años subsecuentes y reduce el riesgo de muerte por síndrome de muerte súbita del lactante. La LME ofrece beneficios para la madre ya que reduce el riesgo de cáncer de mama, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus tipo 2 y probabilidades de tener infarto agudo de miocardio. Además, coadyuva en la involución uterina y disminuye la cantidad de sangrado pos-evento obstétrico.⁸

Algunos de los beneficios documentados sobre la lactancia materna en la sociedad se centran en la economía familiar principalmente, ya que la LME reduce los costos para comprar leche de fórmula, los salarios perdidos por padres que tienen que cuidar de un recién nacido enfermo, reduce el ausentismo laboral de las madres, por mencionar algunos.⁹ El reemplazo de la lactancia materna con fórmula genera una huella de carbono de casi el doble respecto a la de la LME, es decir, el costo de no amamantar también se extiende

Figura 1. Principales componentes de la leche humana en cada una de sus etapas



EGF: factor de crecimiento epidérmico;
IgA: inmunoglobulina A.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Principales beneficios que tiene la lactancia materna



Fuente: Elaboración propia.

a la pérdida ambiental.¹⁰ Por lo tanto, la lactancia materna tiene beneficios para el recién nacido, la madre, la sociedad y el planeta (*Figura 2*).

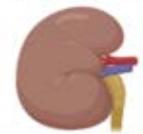
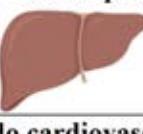
Beneficios para el recién nacido

El contacto piel con piel que se produce a través de la lactancia materna directa favorece los mecanismos de maduración, el control de la temperatura, el metabolismo y la adaptación diurna del recién nacido.¹¹ A nivel mundial el 96 % de la mortalidad ocurre en los primeros seis meses de vida, lo que representa 1,24 millones de defunciones anualmente y se relacionan con la lactancia materna no exclusiva (LMNE). En ese sentido, la LMNE se asocia con el 55 % de las muertes

por enfermedades diarreicas agudas (EDA) y el 53 % de las defunciones por infecciones respiratorias agudas (IRA) en la población menor de 6 meses.¹² Según la Dirección General de Epidemiología durante el 2023 en México se registraron 19 257 defunciones en menores de 1 año; respecto a la población menor de 5 años, murieron 592 por EDA y 1562 por IRA a nivel nacional.¹³

En la *Tabla 1* se muestran los principales beneficios que se han documentado respecto de la LME entre los que destaca el desarrollo cerebral, la función renal, la función pulmonar, la función hepática, el tejido cardiovascular y la microbiota intestinal.

Tabla 1. Beneficios de la lactancia materna en el recién nacido

Beneficio	Impacto a largo plazo
Desarrollo cerebral 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento significativo del coeficiente intelectual en la edad adulta. • Los niños amamantados tienen mayor desarrollo de materia cerebral blanca. • Algunos nutrientes como los ácidos grasos omega-3 y el mioinositol mejoran la conectividad neuronal.
Función renal 	<ul style="list-style-type: none"> • Se asocia en los primeros meses con una menor TFGe. • La leche humana previene el desarrollo de cálculos renales. • En niños amamantados la leche humana facilita la reparación de células renales.
Función pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> • Los recién nacidos lactados presentan menos infecciones respiratorias a lo largo de su vida. • Protege contra la contaminación del aire. • Fortalece el sistema inmunológico con la presencia de IgA que recubre las mucosas.
Función hepática 	<ul style="list-style-type: none"> • Se asocia con un menor riesgo de EHGNA. • Tiene efecto protector al disminuir la grasa visceral. • La leche humana favorece la adaptación de este órgano a la vida extrauterina.
Tejido cardiovascular 	<ul style="list-style-type: none"> • Protege contra enfermedades cardiovasculares al reducir el riesgo de enfermedad vascular cerebral y el infarto agudo al miocardio. • La leche humana contiene lactoferrina con propiedades antiinflamatorias.
Microbiota intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite el establecimiento del microbioma intestinal. • Los componentes de la leche humana como los oligosacáridos y las proteínas antimicrobianas favorecen el desarrollo de la microbiota.

TFGe: tasa de filtrado glomerular es estimada; IgA: inmunoglobulina A; EHGNA: enfermedad del hígado graso no alcohólico.

Fuente: Elaboración propia.

Desarrollo cerebral

Está documentado el impacto en la duración del consumo de leche materna, ya que los niños amamantados durante un mínimo de 12 meses mostraron un aumento de 3,76 puntos de coeficiente intelectual en la edad adulta, respecto a los que solo recibieron leche materna un mes.¹⁴ Una investigación con imágenes por resonancia magnética comparó el volumen de materia blanca cerebral en niños amamantados durante un mínimo de 3 meses; se encontró que aquellos que fueron amamantados tuvieron un mayor desarrollo de materia blanca en las regiones cerebrales vinculadas al lenguaje, la emoción y la cognición.¹⁵

Los ácidos grasos omega-3 y el mioinositol están asociados con una mejor conectividad neuronal y un mejor rendimiento cognitivo, aunque el mecanismo biológico que sustenta esta asociación aún no se comprende por completo.¹⁶

Funcionamiento renal

Los niños que recibieron lactancia materna respecto a los que nunca fueron amamantados tenían riñones más pequeños y presentaron una tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe) más baja. Además, la duración más corta de la lactancia materna se asoció con volúmenes renales más pequeños y un menor riesgo de microalbuminuria.¹⁷ La lactancia materna puede servir como un factor nutricional para prevenir y proteger contra el desarrollo de cálculos renales en niños.¹⁸

La lactancia materna en los primeros 4 meses se asoció con un mayor volumen renal combinado y una TFGe más baja (ambos con $p < 0,05$).¹⁹ La leche materna aporta péptidos bioactivos y factores de crecimiento, como el factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) y el factor de crecimiento de hepatocitos, que facilitan la proliferación y la reparación de las células renales. El papel de la lactancia materna en la preservación del tamaño y la estructura renal está respaldado por sólida evidencia clínica.²⁰

Funcionamiento pulmonar

La lactancia materna disminuye las consecuencias pulmonares de las infecciones respiratorias, lo que lleva a una mejor función pulmonar durante la edad escolar, especialmente en los niños con antecedentes atópicos. Además, la lactancia materna puede ayudar a proteger la función pulmonar en niños que están expuestos a niveles altos de contaminación del aire.²¹

El impacto positivo de una mayor duración de la lactancia materna sobre la capacidad pulmonar medida

a los 10 años persiste hasta los 18 años. Por otro lado, la leche humana contiene inmunoglobulinas, particularmente IgA, que recubren las superficies mucosas del tracto respiratorio, ofreciendo protección directa contra microorganismos.²²

Funcionamiento hepático

El hígado de un recién nacido debe ajustarse y desarrollarse rápidamente para satisfacer las demandas que presenta la vida extrauterina. Un estudio realizado por Veeral et al. demostró que la lactancia materna durante más de 6 meses se asocia con un riesgo reducido de enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) en la mediana edad.²³ La lactancia materna se correlaciona con una disminución de la adiposidad visceral en los hijos a los 30 años, lo que podría frenar la entrada de ácidos grasos libres al hígado.²⁴

Desarrollo del tejido cardiovascular

Existe evidencia de que la lactancia materna coadyuva a la reducción de enfermedades cardiovasculares; un metaanálisis sugirió que, entre las personas que habían sido amamantadas, la presión arterial sistólica fue 0,80 mmHg menor y las concentraciones de colesterol total fueron 0,01 mmol/L menores.²⁵

La lactancia materna tiene una asociación protectora con eventos de enfermedad vascular cerebral e infarto agudo de miocardio, tanto mortales como no mortales, en personas de mediana y avanzada edad.²⁶ La leche humana contiene lactoferrina, cuya mayor concentración se encuentra en el calostro, aunque permanece durante todo el período de lactancia. La lactoferrina posee propiedades antiinflamatorias y sus receptores se pueden encontrar en diversos tejidos del cuerpo, como el corazón y el sistema vascular.²⁷

Desarrollo de la microbiota intestinal

La infancia es un período crítico para el establecimiento del microbioma intestinal, un proceso complejo que se sabe que tiene un impacto a largo plazo en la salud y el riesgo de enfermedad.²⁸ Los componentes de la leche humana, incluidos los oligosacáridos, las proteínas antimicrobianas y los ácidos grasos de cadena corta, apoyan el crecimiento de bacterias beneficiosas y ayudan al desarrollo de un sistema inmunitario equilibrado y protector. Los recién nacidos amamantados tienen diferentes perfiles microbianos que se caracterizan por una mayor abundancia de bacterias comensales ventajosas como *Bifidobacterium* y *Lactobacillus*, así como una mayor variedad microbiana.²⁹

La lactancia materna afecta el microbioma fecal del lactante y se han demostrado efectos dependientes de la dosis de la lactancia materna en la composición de la microbiota intestinal. Un metaanálisis de Ho y col., también identificó mayores abundancias de *Eubacterium*, *Veillonella* y *Bacteroides* en el microbioma fecal de aquellos que no recibieron lactancia materna en comparación con los lactantes amamantados exclusivamente.³⁰

Beneficios para la madre

El cáncer de mama es una enfermedad prevalente que se desarrolla y se propaga por mecanismos genéticos y clínicos que son complejos. Existen numerosos factores hereditarios involucrados alrededor de esta enfermedad donde se han identificado mutaciones en los genes supresores de tumores *BRCA1* (*Breast Cancer 1*) y *BRCA2* (*Breast Cancer 2*) asociados con un riesgo de desarrollo de cáncer de mama del 50-85 %. En ese sentido, diversos estudios demuestran una relación inversa significativa entre el riesgo de cáncer de mama y la duración de lactancia materna en mujeres premenopáusicas; el análisis indicó una disminución del riesgo en las mujeres que tuvieron mayor duración de lactancia.³¹

Por otro lado, el tejido mamario que experimenta involución después de la lactancia materna es diferente respecto a aquellos que tienen involución inmediata después del embarazo sin lactancia materna. Un estudio realizado en ratones reveló que la ausencia de esta conduce a una remodelación abrupta del tejido mamario, así como el aumento de los niveles de marcadores inflamatorios y la deposición de colágeno. Esta remodelación produce hiperplasia ductal, metaplasia escamosa y elevación de las células progenitoras luminales. En ese sentido, la ausencia de lactancia materna permite que se alberguen numerosas células epiteliales vulnerables a la estimulación carcinógena en el tejido mamario.³² Estos hallazgos resaltan el posible efecto protector de la lactancia materna en la reducción del cáncer de mama, aunque se requiere mayor investigación para comprender los mecanismos por lo cual esto sucede.

Otro de los beneficios estudiados de la lactancia materna es su influencia sobre la presión arterial materna. Jonas et al. informaron que la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica disminuyen durante el periodo de lactancia.³³ Estudios previos han reportado que los niveles de oxitocina en madres lactantes son más altos que aquellos con lactancia mixta;

estos hallazgos sugieren que la presión arterial en las madres lactantes disminuyó en respuesta a la liberación de oxitocina, y que probablemente se beneficiaron de la oxitocina al menos durante la lactancia. Sin embargo, se necesitan enfoques adicionales para establecer los mecanismos que producen este efecto.³⁴

Un estudio con una gran cohorte de más de 44 000 participantes de Stuebe et al. mostró que la LME por más de 6 meses e incluso por más de 12 meses se asoció con un menor riesgo de desarrollar hipertensión posteriormente, en comparación con la ausencia de lactancia materna o la lactancia materna durante menos de 6 meses; estos hallazgos siguieron siendo significativos después de ajustar los factores de confusión.³⁵ Chetwynd et al. encontraron que la lactancia materna se asociaba con un menor riesgo de hipertensión entre los 40 y los 49 años, pero no necesariamente a edades más avanzadas y esta asociación se observaba en mujeres que amamantaron durante un tiempo acumulado de 24 meses o más.³⁶

Uno de los beneficios más estudiados sobre la lactancia materna es su efecto sobre la involución uterina. Este es un proceso mediante el cual el útero recupera su estado anterior a la concepción, con un peso de tan solo 60 gramos; es uno de los cambios fisiológicos que se producen en el puerperio.³⁷ Este es el período posterior al parto, que comienza dos horas después de la expulsión de la placenta y finaliza a las seis semanas, o hasta que los órganos reproductivos se restablecen a su estado anterior al embarazo.³⁸

La involución uterina tiene dos componentes principales 1) involución vascular y 2) involución del miometrio que se origina por contracciones y retracciones de manera continua de las fibras musculares uterinas aunque la fisiopatología de la involución miometrial puede provocar atonía uterina y hemorragia posparto.³⁹ También la incapacidad de la involución uterina para regresar a un estado normal puede causar subinvolución que se caracteriza por sangrado, descenso lento del fondo uterino, contracción del útero blando y ausencia de dolor abdominal en la puérpera; si esta no se trata de manera oportuna incluso puede ocasionar una hemorragia.⁴⁰

Beneficios para la sociedad y la economía

Las intervenciones dirigidas al aumento de la lactancia materna se encuentran entre las políticas de salud más eficaces disponibles, con un retorno de \$35 por cada dólar invertido.

En ese sentido las tasas de lactancia materna más al-

tas reducen los costos económicos de la atención médica porque reducen la prevalencia de varias patologías entre los recién nacidos que son amamantados y las madres lactantes.⁹ Se estima que la pérdida a nivel económico mundial de no amamantar es de \$341 300 millones de dólares anuales.⁴¹

Uno de los beneficios que aporta la lactancia materna en la sociedad es la "experiencia positiva de lactancia materna" como sentirse en sintonía al amamantar por parte de la madre. El sentirse en sintonía es una experiencia que puede ocurrir brevemente o por un período más largo, en cualquier momento desde el nacimiento, independientemente de la ingesta de leche materna, la frecuencia y/o la duración lograda de la lactancia.⁴² Las madres describieron la lactancia materna en sintonía en términos de una conexión emocional, una interacción mutua experimentada, una "símbiosis" o un "momento privado de intimidad" entre ellas.⁴³

En este sentido el vínculo que establecen las madres con el recién nacido podrían coadyuvar a inhibir a largo plazo la aparición de conductas delictivas y antisociales, ya que algunos autores sugieren que la lactancia materna puede ser protectora contra el desarrollo de este tipo de conductas.⁴⁴ Los mecanismos para esta asociación incluyen factores biológicos como la presencia en la leche materna de sustancias que contribuyan al desarrollo neuronal, factores conductuales y emocionales conectados al acto de amamantar.

Algunas investigaciones como la Bjerregaard et al. en donde dieron un seguimiento a más de 84 255 personas recién nacidas, mencionan el beneficio de la lactancia materna en la economía. En este estudio demostraron que la lactancia materna prolongada y de mayor intensidad se asoció de manera constante y positiva con la duración de la educación, la probabilidad de obtener una educación superior, el aumento en el ingreso promedio y el tiempo de empleo, así como de forma inversa con la probabilidad de estar fuera del mercado laboral.⁴⁵

Beneficios para el planeta

El clima influye en el estado de salud de las personas directamente (por ejemplo, a través del calor) o indirectamente (por ejemplo, al promover la aparición de nuevas enfermedades). Sin embargo, ciertas poblaciones son más vulnerables a los efectos del cambio climático como en el caso de las niñas y los niños. En ese sentido, las políticas, programas e intervenciones para combatir el cambio climático aún pueden mejorarse,

ya sea reduciendo la producción de gases de efecto invernadero (GEI) o facilitando algunas estrategias de adaptación.⁴⁶ La clasificación de la huella de carbono se divide en tres alcances según el Protocolo de GEI: alcance 1 (emisiones directas), alcance 2 (emisiones indirectas de electricidad) y alcance 3 (otras emisiones indirectas). La mayor parte de la huella de carbono de la leche de fórmula (84 %) proviene de las emisiones asociadas con la producción de leche cruda, que son emisiones de alcance 3 para el productor. Una porción mucho menor de las emisiones proviene de la etapa de procesamiento (14 %), que incluye el uso de gas natural, que son emisiones de alcance 1 para el productor y, como tal, responsabilidad directa del productor; el 2 % restante proviene de otras etapas del ciclo de vida.²

Las emisiones de gases en la producción de leche de fórmula y los desechos que se generan por los materiales auxiliares que se necesitan para el uso de la fórmula y su preparación, influyen y tienen efectos sobre el cambio climático. Por lo tanto, el aumento en la demanda de la alimentación con fórmula generará un desvío de energía y agua dulce al ganado para la producción de esta.¹⁰

El estudio de Becker et al. encontró que los diferentes materiales que son utilizados en los biberones, tetinas y envases como las latas de un solo uso dificultan la gestión adecuada para la disposición de estos residuos. Los sacaleches eléctricos también se asociaron con la generación de residuos de plástico, aparatos electrónicos y una alta demanda energética; la reducción en el uso de estos y la gestión de los desechos deben considerarse a nivel de políticas públicas individuales, hospitalarias y nacionales.⁴⁷

En cuanto a la producción de los residuos, se estima que en Estados Unidos se utilizan anualmente 550 millones de latas que son el equivalente a 86 000 000 kg de metal y 364 000 kg de papel para envasar leche de fórmula y que terminan en vertederos.⁴⁶

Las fórmulas infantiles son alimentos ultraprocesados con cadenas de suministro altamente complejas generalmente basadas en el procesamiento combinado de leche de vaca, aceites vegetales, vitaminas y minerales para imitar el contenido de la leche materna. La mayoría de estos ingredientes provienen de cadenas de suministro globales donde la producción primaria y el procesamiento a menudo tienen lugar en países distintos a los de la producción final de fórmula infantil.⁴⁸

Se estima que se requieren más de 4000 litros de agua a lo largo de la cadena de producción por cada kilogra-

mo de fórmula infantil, lo cual incluye el uso indirecto de agua en las granjas lecheras (limpieza de los sistemas y salas de ordeño, preparación de las vacas para ordeñar, preenfriado de la leche e infraestructura del personal), así como el suministro de agua para las propias vacas, que se estima en 800 L para producir 1 L de leche. Sin embargo, el agua necesaria para preparar la fórmula a partir del polvo no está incluida en esta estimación, ni tampoco el agua necesaria para limpiar o esterilizar los biberones.⁴⁶

ESPACIOS NECESARIOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA SOSTENIBLE

La relación que existe entre la promoción, la protección y el apoyo a la lactancia materna y su contribución al cumplimiento de varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) ya está establecida, aunque no está explícitamente incorporada en los ODS. En Mé-

xico, las mujeres que trabajan tienen un 20 % menos de probabilidad de amamantar alguna vez. Esta es una situación preocupante, ya que las madres trabajadoras no deberían tener que elegir entre el empleo y la lactancia materna, ya que ambas actividades son clave para el desarrollo económico y social. En la mayoría de los casos el empleo de las mujeres es la única fuente de ingresos familiares. Por lo anterior, se necesitan diferentes espacios que permitan el apoyo a la lactancia materna y la reincorporación al mercado laboral de las mujeres, así como sitios hospitalarios que permitan la extracción de leche humana y lugares especializados de recolección de leche humana (*Figura 3*).⁴⁹

Salas de lactancia

La difícil combinación de la lactancia materna y el trabajo es uno de los principales motivos de abandono

Figura 3. Espacios que permiten el apoyo a la lactancia materna



Fuente: Elaboración propia.

temprano de esta. Para evitar que las madres elijan entre amamantar y el desarrollo profesional, es importante contar con nuevas formas de apoyo como la creación de un entorno favorable a la lactancia materna en los lugares de trabajo y la disponibilidad de una sala de lactancia (espacio privado designado para la extracción de la leche o la lactancia).⁵⁰

En México no existe un registro exacto de cuántas salas de lactancia existen, sin embargo esto debería ser importante ya que tener un registro de estos espacios coadyuva a la evaluación del acceso que tienen las madres que trabajan a espacios dignos para la lactancia materna. Además, contar con un registro favorece el acceso a la información sobre su existencia, ubicación, características y horarios.

De acuerdo con la Guía para la Instalación y Funcionamiento de Salas de Lactancia emitida por la Secretaría de Salud Federal, las salas de lactancia son espacios dignos, cálidos e higiénicos que permiten a las madres amamantar, extraer, almacenar la leche y al término de la jornada llevarla a su casa. La creación de estos espacios disminuye el ausentismo laboral, asegura la reincorporación una vez que termina la licencia de maternidad, genera empresas socialmente responsables y ahorra costos en la atención por problemas de salud.⁵¹

Aunque en la Guía para la Instalación y Funcionamiento de Salas de Lactancia vienen los requisitos mínimos para la instalación de estos espacios, está documentando de acuerdo con la teoría del diseño de apoyo, que las madres expuestas a una sala de lactancia de alta calidad anticiparon menos estrés, pensamientos más positivos sobre la expresión de lactancia materna en el trabajo, mayor apoyo organizacional percibido y mayor bienestar subjetivo en comparación con aquellas mujeres expuestas a una sala de lactancia de baja calidad.⁵⁰

Lactarios hospitalarios

Si bien la lactancia materna ofrece ventajas y hay diversas medidas para apoyarla, siempre se debe evaluar la situación individual de cada madre y los obstáculos o contraindicaciones de lactar. Pueden existir motivos personales para que la madre no amamante, como su estado de salud, las circunstancias en cómo se desarrolló el parto, así como algunas contraindicaciones médicas para la lactancia como una galactosemia del recién nacido o una infección materna por

herpes simple en la mama, tuberculosis activa, infección por virus de inmunodeficiencia humana en función de la carga viral o la ingesta de medicación como quimioterápicos.⁵²

Un obstáculo importante para la implementación de estas recomendaciones es la separación física de la madre y el recién nacido cuando este ingresa en la unidad de cuidados intensivos neonatales inmediatamente después del nacimiento, para lo cual se implementan los lactarios hospitalarios.⁵² De acuerdo con la Secretaría de Salud durante el 2021 había un registro de 339 lactarios hospitalarios en México. Estos espacios se definen como espacios privados, dignos e higiénicos para la extracción y conservación de la leche humana destinada a recién nacidos y lactantes que se encuentran hospitalizados.⁵³

Banco de leche humana

Cuando no se dispone de leche materna, la leche humana donada es la mejor alternativa recomendada por la OMS. En ese sentido, los bancos de leche humana desempeñan un papel esencial en la recolección, procesamiento y distribución de la leche donada, siendo una herramienta vital para garantizar que los neonatos reciban la mejor atención posible.⁵⁴

Un banco de leche materna es un servicio creado para reclutar y evaluar a donantes de leche materna, recolectar y procesar la leche donada y distribuirla para satisfacer las necesidades específicas de los recién nacidos y lograr una salud óptima. Idealmente, los bancos de leche materna promueven el apoyo óptimo a la lactancia materna en su comunidad.⁵⁵

La leche materna donada debería ser la segunda opción para recién nacidos prematuros, debido a que algunas madres tienen dificultades para producir y mantener suficiente leche para satisfacer las necesidades. La leche donada proporciona a los bebés de muy bajo peso al nacer componentes nutricionales y bioactivos esenciales; además, reduce su exposición a las fórmulas de leche de vaca, que se han asociado con un mayor riesgo de enterocolitis necrosante.⁵⁶

De acuerdo con el Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva en México se cuenta con 37 bancos de leche distribuidos en 22 estados de la República Mexicana de los 32 estados que existen actualmente.⁵⁷

NORMATIVA INTERNACIONAL

Marco jurídico de la lactancia en México

La lactancia materna es esencial para la supervivencia y la salud infantil, ya que es un alimento seguro, natural, nutritivo y sostenible para los recién nacidos. En México para la promoción y protección de la lactancia materna se sigue la normativa internacional y nacional vigente a fin de intentar garantizar la ejecución de este derecho.

Convención sobre los Derechos del Niño

A nivel internacional la Convención sobre los Derechos del Niño, en el Artículo 24º menciona que los Estados Partes aseguran la plena aplicación de este derecho y adoptaran las medidas necesarias para los siguientes incisos:

- Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre.
- Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.

NORMATIVA NACIONAL

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

A nivel nacional en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se menciona en el Artículo 4º: Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El estado lo garantizará. En el Artículo 123º se menciona que las mujeres en el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayuda para la lactancia y del servicio de guarderías.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en su Artículo 17º establece que las autoridades de la Federación, de las entidades federativas, de los municipios y de las demarcaciones territoriales

de la Ciudad de México para garantizar la igualdad sustantiva deberán:

- Diseñar, implementar y evaluar programas, políticas públicas a través de acciones afirmativas tendientes a eliminar los obstáculos que impiden la igualdad de acceso y de oportunidades a la alimentación, a la educación y a la atención médica entre niñas, niños y adolescentes.

El Artículo 50º dice: Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de:

- Promover en todos los grupos de la sociedad y, en particular, en quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia, de niños, niñas y adolescentes, los principios básicos de la salud y la nutrición, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes.
- Asegurar la prestación de servicios de atención médica respetuosa, efectiva e integral durante el embarazo, parto y puerperio, así como para sus hijas e hijos, y promover la lactancia materna exclusiva dentro de los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años, así como garantizar el acceso a métodos anticonceptivos.
- Garantizar que todos los sectores de la sociedad tengan acceso a educación y asistencia en materia de principios básicos de salud y nutrición, ventajas de la lactancia materna, así como la prevención de embarazos, higiene, medidas de prevención de accidentes y demás aspectos relacionados con la salud de niñas, niños y adolescentes.

ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FOMENTO DE LACTANCIA MATERNA

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) actualizada en el año 2018, establece que el personal de las instituciones de salud debe de poseer los conocimientos, las competencias y las habilidades necesarias para garantizar el apoyo a la lactancia materna, especialmente la práctica de esta. Sin embargo, se ha observado

que para cumplir esto existe una brecha significativa ya que las unidades de primer nivel de atención no se incluyen en esta iniciativa.⁵⁸

Los profesionales de la salud como el personal médico, de nutrición y de enfermería, desempeñan un papel clave al orientar y promover la lactancia materna de manera respetuosa y sensible a las preferencias y características culturales de cada paciente, brindando servicios de salud que garanticen los beneficios para todos independientemente de algunos factores como la etnia, la ubicación geográfica y el nivel socioeconómico.⁵⁹

En este sentido, a pesar de que en México existe la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en donde se establecen las pautas para el fomento y protección de la LME por el personal de salud desde las primeras consultas de control prenatal, existen aún diferentes barreras estructurales en el personal de salud.⁶⁰

Se ha documentado en México que los centros de salud de atención primaria realizan poca orientación y consejería en torno a una buena técnica de lactancia (agarre, masaje mamario y extracción de leche). Por lo tanto, se considera que una de las principales barreras identificadas para el Sistema de Salud Mexicano es la falta de asesoría por el personal de salud.^{60,61} Algunas investigaciones han evidenciado la percepción de las mujeres sobre la falta de sensibilización y formación de los profesionales de enfermería para realizar intervenciones efectivas frente a las dificultades que estas enfrentan con la lactancia materna, haciendo notar la falta de pericia del personal sobre la orientación de una buena técnica de lactancia.⁶¹

Otros estudios que se han realizado en los trabajadores de enfermería encontraron que el propio personal reconoció ser el principal obstáculo para una adecuada promoción sobre la lactancia materna, ya que no se sienten convencidos sobre los beneficios de esta. Sin embargo, identificaron áreas de oportunidad para aumentar su nivel de conocimiento respecto al tema, fomentar la colaboración con otros profesionales de la salud y poder implementar la promoción con las madres para coadyuvar en el incremento del porcentaje de LME.⁶²

Por lo tanto, es importante la capacitación continua para todo el personal de salud de los hospitales que brindan una atención materno-infantil, sin dejar de lado al personal de las unidades de primer nivel de atención que dan el acompañamiento a lo largo de

todo el proceso de gestión. Lo anterior con la finalidad de guiar, ayudar a resolver todas las dudas expresadas, brindar información verídica sobre los beneficios y poner en práctica la lactancia en las pacientes.⁶³

Aunque se deben estudiar más a profundidad otros factores que también influyen en una la LME exitosa como la autopercepción que tienen las madres sobre la producción de leche, y la fatiga materna después del trabajo de parto especialmente en aquellas que tuvieron una intervención quirúrgica a través de una cesárea, sin dejar de lado, la confianza que estas tienen en la producción de leche humana y la técnica de lactancia que realizan.

CONCLUSIÓN

La lactancia materna es inarguablemente el “estándar de oro” para la nutrición infantil, dada su riqueza y variedad de nutrientes que contiene, sin dejar de lado todos los beneficios que se encuentran documentados para el recién nacido, la madre, la sociedad, la economía y el planeta. Sin embargo, a pesar de que México cuenta con un sólido marco normativo y jurídico que reconoce, promociona y protege la lactancia materna, en la práctica y la cotidianidad aún hay importantes barreras económicas, culturales y familiares que limitan que se realice.

Es necesario fortalecer estas políticas públicas y asegurar que no solo existan en papel, sino que se conviertan en una realidad palpable tanto en los entornos de salud, laborales y sociales, que permitan garantizar la lactancia materna como un derecho de la niñez y la maternidad a través del fomento de la creación de espacios dignos y de apoyo como las salas de lactancia, los lactarios hospitalarios y los bancos de leche.

Los beneficios para las inversiones en lactancia materna son significativos, aunque la brecha de financiación sigue siendo grande. Claramente se necesita de un enfoque positivo de la sociedad hacia la lactancia materna para que las madres puedan alcanzar la meta de LME. Además, se requiere de una mayor incidencia por parte de organizaciones internacionales, de la sociedad civil y profesionales de la salud que se traduzcan en acciones legislativas concretas para implementar, monitorear y hacer cumplir el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

No obstante, aún persisten barreras estructurales en el personal de salud que influyen en la promoción de la lactancia materna como la falta de capacitación

adecuada, lo que se ve reflejado en una pobre promoción y malas prácticas. Esto tiene un mayor impacto por la ausencia de políticas hospitalarias sobre este tema, la ausencia de espacios, el conflicto de intereses

con la industria de los sucedáneos y la falta de atención sensible con especial énfasis en las comunidades indígenas.

REFERENCIAS

1. Goldshtain I, Sadaka Y, Amit G, Kasir N, Bourgeron T, Warrier V, et al. Breastfeeding Duration and Child Development. *JAMA Netw Open*. 2025;8(3):e251540. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.1540.
2. Long A, Mintz-Woo K, Daly H, O'Connell M, Smyth B, Murphy JD. Infant feeding and the energy transition: A comparison between decarbonising breastmilk substitutes with renewable gas and achieving the global nutrition target for breastfeeding. *J Clean Prod*. 2021;324:129280.
3. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna. [Consulta: 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding>
4. Purkiewicz A, Regin KJ, Mumtaz W, Pietrzak-Fiećko R. Breastfeeding: The Multifaceted Impact on Child Development and Maternal Well-Being. *Nutrients*. 2025;17(8):1326. doi:10.3390/nu17081326.
5. Gobierno de México. Secretaría de Salud. En México, lactancia materna exclusiva aumenta 19.6% entre 2012 y 2022. [Consulta: 10 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/261-en-mexico-lactancia-materna-exclusiva-aumenta-19-6-entre-2012-y-2022-secretaria-de-salud>
6. Hernández-Cordero S, Vilar-Compte M, Litwan K, Lara-Mejía V, Rovelo-Velázquez N, Ancira-Moreno M, et al. Implementation of Breastfeeding Policies at Workplace in Mexico: Analysis of Context Using a Realist Approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):2315. doi:10.3390/ijerph19042315.
7. Gobierno de México. Dirección General de Información en Salud. Cubos dinámicos: Servicios otorgados. [Consulta: 7 de agosto de 2025]. Disponible en: http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2024_sinba.htm
8. Taft DH. Breastfeeding Benefits and Resources: Benefits for Babies and Mothers: FSHN25-3 FS465, 4/2025. *EDIS*. 2025;2025(3). doi:10.32473/edis-fs465-2025.
9. Quesada JA, Méndez I, Martín-Gil R. The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *Int Breastfeed J*. 2020;15(1):34. doi: 10.1186/s13006-020-00277-w.
10. Bai YK, Alsaidi M. Sustainable Breastfeeding: A State-of-the Art Review. *J Hum Lact*. 2024;40(1):57-68. doi:10.1177/08903344231216094.
11. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Barros AJD, Bégin F, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet*. 2023;401(10375):472-85. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01932-8.
12. Beyene BN, Wako WG, Moti D, Edin A, Debela DE. Postnatal counseling promotes early initiation and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Front Nutr*. 2025;12:1473086. doi:10.3389/fnut.2025.1473086.
13. Gobierno de México. Dirección General de Epidemiología. Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED). Cubos dinámicos. [Consulta: 10 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://sinba.salud.gob.mx/cuboDEFUNCIONES/SEED2023>
14. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015;3(4):e199-205. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70002-1.

15. Deoni SC, Dean DC, Piryatinsky I, O'Muircheartaigh J, Waskiewicz N, Lehman K, et al. Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *Neuroimage*. 2013;82:77-86. doi: 10.1016/j.neuroimage.2013.05.090.
16. Chade ES, Júnior OR, Souza NMP, da Silva AJOK, Ferreira LM, Reolon JB, et al. The Influence of Nutritional Status on Brain Development: Benefits of Exclusive Breastfeeding. *Pediatr Rep*. 2024;16(3):724-35. doi: 10.3390/pediatric16030061.
17. Miliku K, Voortman T, Bakker H, Hofman A, Franco OH, Jaddoe VW. Infant Breastfeeding and Kidney Function in School-Aged Children. *Am J Kidney Dis*. 2015;66(3):421-8. doi: 10.1053/j.ajkd.2014.12.018.
18. Shahari H, Shahari A, Golshan Tafti M, Samaninejad R. The Relationship between the Type of Milk Consumed and the Risk of Kidney Stones in Children Under Two Years of Age. *J Iran Med Counc*. 2020;3(4):205-10. doi:10.18502/jimc.v3i4.5192.
19. Boutrid N, Rahmoune H, Bioud B, Abdelmalek D, Amrane M. Breastfeeding Impact on Kidney Functions: A Systematic Review. *Am Heart J*. 2022; 254:258. doi: 10.1016/j.ahj.2022.10.064.
20. Rahmoune H, Boutrid N, Boutrid H. Breastfeeding Impact on Kidney Health: updated evidence. *Nutr Santé*. 2024;13(1-2):13-9. doi: 10.30952/ns.13.1-2.2.
21. Muro-Valdez JC, Meza-Rios A, Aguilar-Uscanga BR, López-Roa RI, Medina-Díaz E, Franco-Torres EM, et al. Breastfeeding-Related Health Benefits in Children and Mothers: Vital Organs Perspective. *Medicina (Kauñas)*. 2023;59(9):1535. doi: 10.3390/medicina59091535.
22. Abate BB, Tusa BS, Sendekie AK, Araya FG, Bazuayehu MA, Walle GT, et al. Non-exclusive breastfeeding is associated with pneumonia and asthma in under-five children: an umbrella review of systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*. 2025;20(1):18. doi: 10.1186/s13006-025-00712-w.
23. Ajmera VH, Terrault NA, VanWagner LB, Sarkar M, Lewis CE, Carr JJ, et al. Longer lactation duration is associated with decreased prevalence of non-alcoholic fatty liver disease in women. *J Hepatol*. 2019;70(1):126-32. doi:10.1016/j.jhep.2018.09.013.
24. Horta BL, Victora CG, França GVA, Hartwig FP, Ong KK, Rolfe E de L, et al. Breastfeeding moderates FTO related adiposity: a birth cohort study with 30 years of follow-up. *Sci Rep*. 2018;8(1):2530. doi: 10.1038/s41598-018-20939-4.
25. Horta BL, de Lima NP. Breastfeeding and Type 2 Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Diab Rep*. 2019;19(1):1. doi: 10.1007/s11892-019-1121-x.
26. Nakada S, Ho FK, Celis-Morales C, Pell JP. Association between being breastfed and cardiovascular disease: a population cohort study of 320 249 participants. *J Public Health (Oxford)*. 2023;45(3):569-76. doi: 10.1093/pubmed/fdad016.
27. Capra ME, Aliverti V, Bellani AM, Berzieri M, Montani AG, Pisseri G, et al. Breastfeeding and Non-Communicable Diseases: A Narrative Review. *Nutrients*. 2025;17(3):511. doi:10.3390/nu17030511.
28. Davis EC, Castagna VP, Sela DA, Hillard MA, Lindberg S, Mantis NJ, et al. Gut microbiome and breast-feeding: Implications for early immune development. *J Allergy Clin Immunol*. 2022;150(3):523-34. doi:10.1016/j.jaci.2022.07.014.
29. Inchingolo F, Inchingolo AM, Latini G, Ferrante L, de Ruvo E, Campanelli M, et al. Difference in the Intestinal Microbiota between Breastfed Infants and Infants Fed with Artificial Milk: A Systematic Review. *Pathogens*. 2024;13(7):533. doi:10.3390/pathogens13070533.
30. Ho NT, Li F, Lee-Sarwar KA, Tun HM, Brown BP, Pannaraj PS, et al. Meta-analysis of effects of exclusive breastfeeding on infant gut microbiota across populations. *Nat Commun*. 2018;9:4169. doi: 10.1038/s41467-018-06473-x.

- EnfermeríaNeonatal
31. Abraham M, Lak MA, Gurz D, Nolasco FOM, Kondraju PK, Iqbal J. A Narrative Review of Breastfeeding and Its Correlation With Breast Cancer: Current Understanding and Outcomes. *Cureus*. 2023;15(8):e44081. doi:10.7759/cureus.44081.
 32. Chen Y, Jiang P, Geng Y. The role of breastfeeding in breast cancer prevention: a literature review. *Front Oncol*. 2023;13:1257804. doi: 10.3389/fonc.2023.1257804.
 33. Jonas W, Nissen E, Ransjö-Arvídsdóttir AB, Wiklund I, Henriksson P, Uvnäs-Moberg K. Short- and Long-Term Decrease of Blood Pressure in Women During Breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2008;3(2):103-9. doi: 10.1089/bfm.2007.0031.
 34. Ebina S, Kashiwakura I. Influence of breastfeeding on maternal blood pressure at one month postpartum. *Int J Womens Health*. 2012;4:333-9. doi:10.2147/IJWH.S33379.
 35. Stuebe AM, Schwarz EB, Grewen K, Rich-Edwards JW, Michels KB, Foster EM, et al. Duration of lactation and incidence of maternal hypertension: a longitudinal cohort study. *Am J Epidemiol*. 2011;174(10):1147-58. doi: 10.1093/aje/kwr227.
 36. Chetwynd EM, Stuebe AM, Rosenberg L, Troester M, Rowley D, Palmer JR. Cumulative Lactation and Onset of Hypertension in African-American Women. *Am J Epidemiol*. 2017;186(8):927-34. doi: 10.1093/aje/kwx163.
 37. Rohmawati I, Kholidati R, Masruroh E, Afrian Nuari N, Widayati D, Rodli F, et al. The Factors Affecting Uterine Involution In Post SC Mothers. *J Phys Conf Ser*. 2019;1175(1):012284. doi: 10.1088/1742-6596/1175/1/012284
 38. Chauhan G, Tadi P. Physiology, Postpartum Changes. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. [Consulta: 1 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555890/>.
 39. Heller DS, Cramer SF, Turner BM. Abnormal Uterine Involution May Lead to Atony and Postpartum Hemorrhage: A Hypothesis, With Review of the Evidence. *Pediatr Dev Pathol*. 2023;26(5):429-36. doi: 10.1177/10935266231194698.
 40. Wei D, Wang Z, Yue J, Chen Y, Meng J, Niu X. Effect of low-intensity focused ultrasound therapy on postpartum uterine involution in puerperal women: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2024;19(4):e0301825. doi: 10.1371/journal.pone.0301825.
 41. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy Plan*. 2019;34(6):407-17. doi: 10.1093/heapol/czz050.
 42. Flacking R, Tandberg BS, Niela-Vilén H, Jónsdóttir RB, Jonas W, Ewald U, et al. Positive breastfeeding experiences and facilitators in mothers of preterm and low birthweight infants: a meta-ethnographic review. *Int Breastfeed J*. 2021;16:88. doi: 10.1186/s13006-021-00435-8.
 43. Niela-Vilén H, Axelin A, Salanterä S, Melender HL. A Typology of Breastfeeding Mothers of Preterm Infants: A Qualitative Analysis. *Adv Neonatal Care*. 2019;19(1):42-50. doi: 10.1097/ANC.0000000000000542.
 44. Caicedo B, Gonçalves H, González DA, Victora CG. Violent delinquency in a Brazilian birth cohort: the roles of breast feeding, early poverty and demographic factors. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2010;24(1):12-23. doi: 10.1111/j.1365-3016.2009.01091.x.
 45. Bjerregaard LG, Johansen TSD, Dahl CM, Baker JL. Duration and intensity of being breastfed and educational attainment, income and labour force participation: a prospective cohort and sibling study from Denmark. *Public Health*. 2024;237:37-43. doi: 10.1016/j.puhe.2024.08.026.
 46. Beaudry M, Bustinza R, Michaud-Létourneau I. Alimentation infantile et changements climatiques : une opportunité prometteuse. *Can J Public Health*. 2024;115(3):477-81. doi: 10.17269/s41997-024-00869-7.

47. Becker GE, Ryan-Fogarty Y. Environmental impact of bottles, teats, and packaging in maternity units. *BMJ*. 2019;367:l6331. doi: 10.1136/bmj.l6331.
48. Andresen EC, Hjelkrem AGR, Bakken AK, Andersen LF. Environmental Impact of Feeding with Infant Formula in Comparison with Breastfeeding. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):6397. doi: 10.3390/ijerph19116397.
49. De Souza CB, Venancio SI, da Silva RPGVC. Breastfeeding Support Rooms and Their Contribution to Sustainable Development Goals: A Qualitative Study. *Front Public Health*. 2021;9:732061. doi: 10.3389/fpubh.2021.732061.
50. van Dellen SA, Wisse B, Mobach MP. Effects of lactation room quality on working mothers' feelings and thoughts related to breastfeeding and work: a randomized controlled trial and a field experiment. *Int Breastfeed J*. 2022;17(1):57. doi: 10.1186/s13006-022-00499-0.
51. Gobierno de México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Guía para la Instalación y Funcionamiento de Salas de Lactancia. [Internet]. [Consulta: 1 de noviembre de 2025]. Disponible en: <http://www.gob.mx/stps/documentos/guia-para-la-instalacion-y-funcionamiento-de-salas-de-lactancia>
52. Harting KM, Singer D, Heiter J. Optimizing breastfeeding for hospitalized newborns: A narrative review of midwifery-led interventions. *Eur J Midwifery*. 2025;9. doi:10.18332/ejm/200341.
53. Gobierno de México. Secretaria de Salud. Lactancia materna, compromiso del sector Salud con la niñez de México. [Consulta: 1 de noviembre de 2025]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/prensa/320-lactancia-materna-compromiso-del-sector-salud-con-la-ninez-de-mexico>
54. Livias-Moya K, Escobar-Díaz JL, Guilen-Calle BE, Barja-Ore J. Motivators and Barriers to the Use of Breast Milk Banks: A Narrative Review. *J South Asian Fed Obstet Gynaecol*. 2025;17(1):136-41. doi: 10.5005/jp-journals-10006-2570.
55. Unger SL, O'Connor DL. Review of current best practices for human milk banking. *Matern Child Nutr*. 2024;20 Suppl 4(Suppl 4):e13657. doi: 10.1111/mcn.13657.
56. Picaud JC. Review highlights the importance of donor human milk being available for very low birth weight infants. *Acta Paediatr*. 2022;111(6):1127-33. doi: 10.1111/apa.16296.
57. Gobierno de México. Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva. Bancos de leche humana. [Consulta: 1 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegssr/acciones-y-programas/directorio-de-servicios>
58. Hoyos-Loya E, Pérez Navarro C, Burrola-Méndez S, Hernández-Cordero S, Omaña-Guzmán I, Sachse Aguilera M, et al. Barriers to promoting breastfeeding in primary health care in Mexico: a qualitative perspective. *Front Nutr*. 2024;10:1278280. doi: 10.3389/fnut.2023.1278280. Erratum in: *Front Nutr*. 2024 Feb 29;11:1372964. doi: 10.3389/fnut.2024.1372964.
59. Radzynski S, Callister LC. Health Professionals' Attitudes and Beliefs About Breastfeeding. *J Perinat Educ*. 2015;24(2):102-9. doi: 10.1891/1058-1243.24.2.102.
60. Gobierno de México. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación, 7 de abril de 2016. [Consulta: 1 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
61. Rangel-Flores YY, Martínez-Plascencia U, Rodríguez-Martínez E. Percepciones y experiencias de usuarias sobre las limitaciones sanitarias para la promoción de lactancia materna. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2018;20(3):308–13. Spanish. doi: 10.15446/rsap.V20n3.62580.

62. Mota-Castillo PJ, Pelcastre-Villafuerte BE, Turnbull-Plaza B, Hernández-Ibarra E. La lactancia materna exclusiva desde la mirada de los profesionales de la salud: estudio cualitativo en un hospital de segundo nivel de atención en San Luis Potosí. *Salud Pública Mex.* 2020;62(6):871-872. Spanish. doi: 10.21149/11648.
63. Sámano R, Chico-Barba G, Martínez-Rojano H, Mendoza-Flores ME, Hernández-Trejo M, Hernández-Chávez C, et al. Asociación de Condiciones y Barreras Pre y Gestacionales a la Lactancia Materna con Prácticas Exclusivas de Lactancia Materna. *Nutrients.* 2025; 17(14):2309. doi: 10.3390/nu17142309.

Comentario de artículo

Percepciones de la dinámica de la atención y la comunicación en equipo durante las reanimaciones en la unidad de cuidados intensivos neonatales: un estudio cualitativo basado en entrevistas

*Perceptions of the dynamics of team care and communication during resuscitations in the neonatal intensive care unit:
An interview-based qualitative study*

Kester N, Brydges R, Niepage M, Goulding A, Squires A, Kalocsai C.

Journal of Neonatal Nursing. Volume 31, Issue 2, April 2025, 101607

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2024.12.010>

Comentario: Lic. Daniel Alberto Molina¹

RESUMEN

Objetivo. Una exploración de las percepciones de los miembros del equipo sobre los factores que influyen en el trabajo en equipo y la comunicación en las reanimaciones en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Diseño. Estudio cualitativo descriptivo que explora los elementos de trabajo en equipo y comunicación como aspectos de la atención en la UCIN. Entrevistas semiestructuradas realizadas en la UCIN de un centro universitario urbano.

Resultados. Tres temas principales: 1) cómo se ven entre sí los miembros del equipo, 2) organizarse en torno a las prioridades anticipadas en la atención, 3) las familias son parte integral en los eventos de alto riesgo.

Conclusión. Los participantes perciben que los equipos eficaces de las UCIN demuestran un efecto de equipo positivo, planifican y organizan su trabajo y su atención está centrada en el paciente y la familia.

Implicaciones para la profesión. Estos hallazgos generan conciencia de que el efecto positivo del equipo,

* Licenciado en Enfermería. Servicio de Enfermería Neonatal, Maternidad Provincial Dra. Teresita Baigorria. San Luis, Argentina.

ORCID: 0000-0002-4152-8501

Correspondencia: daniel20036831@gmail.com

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 15 de septiembre de 2025

Aceptado: 15 de octubre de 2025

la organización del equipo y el enfoque centrado en la familia se perciben como factores que inciden en la prestación de una atención eficaz durante las reanimaciones en la UCIN y pueden abordarse durante la capacitación y el apoyo a equipos de alto funcionamiento.

Impacto. Comprender mejor qué hace que la comunicación en equipo sea efectiva y buscar estrategias para mejorarla es fundamental para una atención eficaz al paciente en la UCIN. Estudios previos no han aportado información sobre la percepción de los miembros del equipo sobre la eficacia de la atención en equipo ni sobre los factores que influyen en su eficacia en la UCIN. Se observa que las interacciones positivas en equipo, la organización y planificación del equipo, y un enfoque centrado en la familia en la atención al paciente influyen en la atención durante las reanimaciones en la UCIN. Esto influye en los profesionales de la salud, educadores y administradores de calidad y seguridad en el sector.

INTRODUCCIÓN

Los avances en la atención neonatal han transformado significativamente la supervivencia de los recién nacidos en estado crítico. Sin embargo, estos avances también han generado un entorno de alta complejidad y presión, donde frente a pacientes con riesgo de deterioro inminente se requiere una respuesta rápida y coordinada.

El presente artículo aborda un estudio cualitativo, descriptivo, que explora los elementos de trabajo en equipo y comunicación como aspectos de la atención en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Se realizaron entrevistas semiestructuradas en la UCIN de un centro universitario canadiense urbano, abordando tres temas principales: cómo se ven entre sí los miembros del equipo, la organización en torno a las prioridades anticipadas en la atención y las familias como parte integral de los eventos de alto riesgo.

Este estudio explora las percepciones de los miembros del equipo sobre la comunicación efectiva y el trabajo en equipo durante las reanimaciones neonatales en la UCIN, donde cada minuto cuenta y las decisiones tienen un impacto significativo en la vida del paciente, haciendo que la eficacia y la comunicación sean pilares fundamentales para garantizar la seguridad y la calidad de la atención.

El estudio también destaca la importancia del afecto

positivo del equipo, la organización proactiva y la planificación de las prioridades de atención, así como un enfoque centrado en el paciente y la familia. Estos hallazgos son cruciales para el desarrollo de estrategias que fortalezcan el desempeño de los equipos en entornos de alto riesgo y se complementan con la necesidad del *debriefing* posreanimación, el apoyo integral a los padres, la promoción de un liderazgo efectivo y una comunicación clara en todo el proceso de reanimación.

El *debriefing*¹ tras una reanimación (DPR), es considerada una herramienta que consiste en una conversación reflexiva estructurada e interpersonal entre el equipo sanitario implicado. Este proceso les permite revisar lo sucedido, promover el aprendizaje colectivo e identificar oportunidades de mejora para optimizar la atención en futuros eventos.

Otro aspecto que se menciona, difícil de lograr, pero de importancia en los resultados finales del trabajo en equipo, es la eliminación de las diferencias de poder. A pesar de la aceptación y la promoción de la horizontalidad en el trabajo grupal, la postura jerárquica de los médicos, sigue estando presente habitualmente. El equilibrio de poder en el equipo es necesario, temporal y situacional, para una comunicación eficaz y una cultura de seguridad que permita expresar las preocupaciones de cada miembro sin temores.

Es destacable que en el presente estudio participaron enfermeras practicantes y terapeutas respiratorios, y se excluyó a los médicos, mientras el equipo de investigación, incluye un médico de urgencias, un profesional de salud con rol educativo, un enfermero especializado y un asistente de investigación.

Los avances en la atención neonatal han generado un entorno de alta complejidad y presión, donde la necesidad de una respuesta rápida y coordinada es vital.

Los profesionales de enfermería que se desempeñan en la UCIN son un eslabón esencial en la dinámica del equipo y al mismo tiempo testigos de cómo la comunicación impacta en la vida de los pacientes y sus familias. En situaciones de reanimación, la cohesión del equipo, la claridad en la comunicación y mantener el control emocional pueden marcar la diferencia entre un resultado exitoso y uno adverso. Así, el equilibrio entre los miembros del equipo permite que los nuevos profesionales, en etapa formativa, se sientan cómodos aprendiendo de los más experimentados.

El personal participante refirió que preparar, planificar y anticipar los desafíos clínicos, permite al equipo asig-

nar roles claros adecuadas y un funcionamiento más eficaz, estableciendo responsabilidades y roles para trabajar juntos y hacer lo mejor para el cuidado del recién nacido.

COMENTARIO

En este contexto, la enfermería, como disciplina en constante evolución, ha incorporado herramientas digitales y estrategias para optimizar la asistencia al paciente. No obstante, la transformación digital en enfermería no se limita solamente a la tecnología, sino que también abarca la adaptación de las habilidades del personal de salud para trabajar de manera más eficiente en entornos complejos. Es aquí donde el estudio de Kester et al. cobra especial relevancia, al profundizar en los aspectos humanos y relacionales que sustentan la eficacia del equipo, sentando las bases para una reflexión más amplia sobre la importancia del *debriefing*, el rol de apoyo a los padres, el liderazgo y la comunicación en el entorno de la reanimación neonatal.

El estudio proporciona una valiosa perspectiva desde la experiencia de los miembros del equipo de la UCIN, ya que permitió capturar las percepciones y el lenguaje de los participantes, lo que enriquece la comprensión de los factores que influyen en el trabajo en equipo.

Los tres aspectos principales identificados por los autores resuenan profundamente en la experiencia: “cómo se ven entre sí los miembros del equipo”, “la organización en torno a las prioridades anticipadas en la atención” y “las familias como parte integral de los eventos de alto riesgo”.

El primer aspecto, relacionado con la percepción mutua entre los miembros del equipo, subraya la importancia de un “efecto de equipo positivo” y la “seguridad psicológica”. La capacidad de mantener el control emocional en situaciones de estrés y de comunicarse de manera abierta y no jerárquica, es fundamental.

En la práctica profesional cotidiana es frecuente observar que, en momentos críticos, un líder que fomenta un ambiente de calma y permite que todos los miembros del equipo expresen sus observaciones, independientemente de su rol, contribuye a una toma de decisiones más asertiva y a la prevención de errores. La eliminación de los desequilibrios de poder, tal como se menciona en el estudio, es un desafío histórico en la atención médica, pero su suspensión temporal en situaciones de reanimación es vital para una comunicación efectiva y una cultura de seguridad.

El segundo tema, la “organización en torno a las prioridades anticipadas”, destaca la planificación, la coordinación proactiva y la asignación clara de roles. La realización de reuniones previas a un evento crítico, aunque sea breve, permite al equipo prepararse, asignar tareas y anticipar desafíos, lo que se traduce en una ejecución más fluida y eficiente. Esto es particularmente relevante en la UCIN, donde la rapidez y precisión son esenciales. La planificación de anticipar situaciones se vuelve una estrategia vital en este momento.

Finalmente, el tercer tema, “las familias son parte integral de los eventos de alto riesgo”, refuerza la necesidad de una atención centrada en el paciente y la familia. Los profesionales de enfermería neonatal, no solo se dedican al cuidado del recién nacido, sino que acompañan y guían a las familias en momentos de extrema vulnerabilidad. Involucrar a los padres en la toma de decisiones y permitirles presenciar la atención, cuando es apropiado, fomenta la comprensión, la confianza y la transparencia en el proceso. Este es un tema del que aún queda mucho camino por recorrer: hacer partícipes a los padres en procesos de reanimación y/o estabilización de pacientes neonatales, pedir permiso para hacer procedimientos sobre el niño, participarlos de las decisiones sobre el tratamiento propuesto para su hijo o hija, habilitarlos a sus prácticas culturales, contribuyen a la humanización de los cuidados.

Para seguir profundizando en la mejora de la atención neonatal en situaciones críticas, es fundamental considerar aspectos adicionales: el *debriefing* posreanimación y la implementación de un rol de apoyo parental emocional, así como un análisis más detallado del trabajo en equipo, la comunicación y el liderazgo.

La investigación de Kam et al. (2022) sobre la implementación y facilitación del *debriefing* posreanimación resalta su valor como herramienta educativa y de mejora de la seguridad del paciente. El *debriefing* estructurado permite a los equipos reflexionar sobre el evento, identificar fortalezas y áreas de mejora en la comunicación y el desempeño, y así traducir la experiencia en aprendizaje significativo.¹ Aplicar esto en la UCIN, donde la reanimación es un evento frecuente y de alto impacto, podría conducir a una mejora continua de las habilidades del equipo y a la estandarización de las mejores prácticas, reforzando la seguridad psicológica y la capacidad de aprendizaje del equipo mencionadas en el artículo.¹

Analizando, la investigación de Ghavi et al. (2022) a través de su revisión sistemática sobre las necesidades

de apoyo de los padres durante la reanimación pediátrica, se corrobora la importancia crítica de satisfacer diversas necesidades parentales, incluyendo el apoyo espiritual y cultural, la comunicación clara, el comportamiento profesional del personal, la recepción de información, la presencia durante la reanimación y la confianza en el equipo. Esto subraya que un apoyo integral a la familia es un componente esencial de la atención centrada en el paciente.²

Asimismo, el papel de un “facilitador familiar” o “apoyo parental” durante la reanimación,² emerge como una necesidad crucial. Este rol, que puede ser desempeñado por un miembro del equipo o una persona designada, se centra en satisfacer las necesidades de apoyo de los padres, permitiendo al equipo de reanimación concentrarse plenamente en el cuidado del niño.

Aunque no siempre está formalmente definido en las políticas actuales, la evidencia sugiere que la presencia de un soporte parental reduce la angustia de los padres y mejora su comprensión, lo que contribuye a una experiencia más humana y centrada en la familia, en línea con las recomendaciones del estudio original. La integración de este rol en las UCIN podría optimizar la dinámica del equipo al liberar a los profesionales de la atención directa de las tareas de comunicación y apoyo emocional a los padres durante el pico de la emergencia, asegurando que las familias se sientan contenidas sin comprometer la atención clínica.²

TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN Y LIDERAZGO EN LA SALA DE PARTOS

Se debe hacer hincapié en la importancia de la anticipación, el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y la designación de roles, que incluyen a la persona que lidere la reanimación. El éxito de la reanimación depende de tres pilares fundamentales: trabajo en equipo, comunicación y liderazgo.

TRABAJO EN EQUIPO

Las habilidades de comportamiento y dentro de ellas, el trabajo en equipo, son la clave para lograr una reanimación neonatal eficaz. En el trabajo en la sala de partos, confluyen varios equipos de profesionales (obstetricia, anestesia y neonatología/pediatría), por lo que la coordinación de las intervenciones es fundamental.^{3,4} La colaboración interprofesional es crucial para optimizar la respuesta y asegurar la atención integral del neonato.

COMUNICACIÓN

En un estudio realizado por la Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), se determina que la comunicación inefectiva en los equipos es una causa prevenible de muerte neonatal en la sala de partos.⁴ La comunicación efectiva dentro del equipo y con el líder, evita errores, y mejora la calidad y la seguridad en la emergencia.³

En la sala de partos se requiere eficiencia y coordinación, ya que se deben realizar múltiples procedimientos al mismo tiempo, sin retrasos. Se debe trabajar en un ambiente tranquilo para poder escuchar, expresarse con un lenguaje adecuado y claro, manteniendo una conducta profesional y respetuosa.⁴

Todos los miembros del equipo de reanimación comparten responsabilidades e información. La comunicación debe tener un circuito cerrado o de doble control (ida y vuelta o bucle cerrado). Esto significa que el líder da una consigna, esta debe ser dirigida a una persona específica (tiene que decir su nombre), hacer contacto visual y hablar claro para que no haya errores y que el receptor del mensaje lo confirme.⁴

LIDERAZGO

El líder debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar (RCP) y dominar el algoritmo de reanimación. Debe asumir el liderazgo en el equipo y es el encargado de dirigir las acciones. Deberá mantenerse informado de toda la situación clínica y tener un panorama general. Esto se denomina “conciencia situacional”. El líder no debe distraerse en una actividad específica, ya que se pierde la visión del conjunto. Si tiene que realizar un procedimiento, debe asignar a otra persona que lo reemplace. Designa roles y debe tener la habilidad de sacar lo mejor de cada uno en su rol. Puede modificar las funciones individuales para que el manejo de la situación sea eficaz. Tiene que tener muy buena comunicación con el grupo, realizar intervenciones constructivas y expresar metas claras.⁴

CONCLUSIÓN

El estudio de Kester *et al.*, reafirma que la eficacia de los equipos en la UCIN trasciende la mera competencia técnica, abarcando dimensiones emocionales, relacionales y organizacionales. Un equipo eficaz se caracteriza por el afecto positivo, la supresión temporal de las jerarquías, una planificación meticulosa y un enfoque empático y centrado en la familia.

Para el futuro de la enfermería neonatal, es imperativo que los sistemas y las instituciones de salud inviertan en recursos que no solo abarquen equipos y conectividad, sino también en la formación continua del personal de salud. Esto incluye el desarrollo de competencias digitales y, crucialmente, la promoción de habilidades de comunicación y trabajo en equipo.

La implementación sistemática de estrategias como el *debriefing* posreanimación¹ y la institucionalización de roles de apoyo parental² son pasos fundamentales. Estos complementos permitirán a los profesionales desenvolverse en un entorno de alta tecnología sin dejar

de lado el cuidado emocional y afectivo de los pacientes y sus familias, asegurando que las intervenciones sean no solo técnicamente impecables sino también humanamente sensibles.

Los nuevos profesionales de enfermería, formados en el contexto actual, tienen la oportunidad de liderar un cambio sustancial en la socialización de la información y la mejora continua de la atención de salud global, integrando la tecnología con una profunda comprensión de las necesidades emocionales y relationales de los pacientes y sus familias.

REFERENCIAS

1. Kam AJ, Gonsalves CL, Nordlund SV, Hale SJ, Twiss J, et al. Implementation and facilitation of post-resuscitation debriefing: a comparative crossover study of two post-resuscitation debriefing frameworks. *BMC Emerg Med.* 2022 Sep 2;22(1):152. doi: 10.1186/s12873-022-00707-4.
2. Ghavi A, Hassankhani H, Powers K, Arshadi-Bostanabad M, Namdar-Areshtanab H, Heidarzadeh M. Parental support needs during pediatric resuscitation: A systematic review. *Int Emerg Nurs.* 2022 Jul;63:101173. doi: 10.1016/j.ienj.2022.101173.
3. Brewer DE, Lewis S, Seibenhener SL. Improving communication to neonatal resuscitation team members during high-risk births. *Nursing for Women's Health.* 2023;27(2):110-120. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2023.01.006>.
4. Área de Trabajo de Reanimación Neonatal. Comité de Estudios Feto-neonatales (CEFEN). Actualización en reanimación cardiopulmonar neonatal. *Arch Argent Pediatr.* 2018;116 Supl 3:S59-S70. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.S59>.

Comentario de artículo

¿Importa el ruido en mi unidad neonatal? Estudio exploratorio transversal de encuesta de opinión profesional de cohortes múltiples

Does noise on my neonatal unit matter?

*Exploratory cross-sectional multiple
cohort professional opinion survey study*

Parry G, Hoare Z, Hendry A, Brand A, Abelian A, StudyGroup

BMJ Paediatr Open. 2025;9(1):e003824.

doi:10.1136/bmjpo-2025-003824.

Comentario: Lic. Rodrigo Domínguez¹

RESUMEN

Objetivos. Examinar cómo el personal neonatal percibe el impacto clínico del ruido, incluida su influencia en su desempeño y su posible contribución a la morbilidad neonatal.

Diseño. Se desarrolló, implementó y distribuyó una encuesta de 56 preguntas en las nueve unidades neonatales de Gales, Reino Unido. La distribución contó con el apoyo de los coordinadores del estudio de cada unidad y un seguimiento semanal de las respuestas. Las respuestas se analizaron mediante estadística descriptiva e inferencial, así como mediante análisis temático inductivo.

Participantes. Se recibieron 405 respuestas válidas del personal clínico, incluyendo 260 enfermeras, 126 médicos y 19 profesionales de la salud afines, lo que representa el 49,6 % del total de enfermeros y médicos neonatales de Gales. Los encuestados abarcaban todos los niveles de antigüedad y tipos de unidad.

Las principales medidas de resultados primarios fueron la proporción de personal que percibió que el ruido tenía un impacto negativo directo en la salud neonatal y un impacto indirecto a través del deterioro del rendimiento del personal. Los resultados secundarios incluyeron consecuencias clínicas específicas percibidas (ej. sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrosante) y la

1. Licenciado en Enfermería. Supervisor de Enfermería, Área Neonatal, Servicio de Neonatología, Sanatorio de la Trinidad San Isidro. San Isidro, Bs. As. Argentina.

ORCID: 0009-0008-6317-9446

Correspondencia: dominguez.rodrigo@live.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 1 de septiembre de 2025

Aceptado: 1 de octubre de 2025

prevalencia de estrategias de mitigación del ruido en la práctica.

Resultados. El 92 % del personal indicó que el ruido afecta directamente la salud neonatal; el 76 % creía que contribuye indirectamente al daño al afectar el desempeño del personal. Casi la mitad de los médicos y más de un tercio del personal de enfermería lo relacionaron con complicaciones graves. Las respuestas de texto libre revelaron preocupación por el daño clínico, las dificultades en la comunicación y la falta de una respuesta institucional eficaz.

Conclusiones. Los profesionales neonatales consideran el ruido como un factor de riesgo clínicamente significativo. Estos hallazgos respaldan la necesidad de implementar estrategias de reducción del ruido a nivel sistemático y de realizar más evaluaciones mediante estudios multicéntricos de intervenciones para reducir la morbilidad neonatal.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo hace referencia a la encuesta multicéntrica más grande y completa sobre la opinión profesional de casi la mitad de los enfermeros y médicos neonatales de Gales (Reino Unido), acerca del ruido en la atención neonatal realizada hasta la fecha.

En los recién nacidos, especialmente en los prematuros más vulnerables, el ruido excesivo está relacionado con una inestabilidad fisiológica, que incluye alteraciones del ritmo cardíaco, de la presión arterial, hipoxemia, apnea, niveles más altos de cortisol, cambios de comportamiento y alteraciones del sueño. Entre los efectos a largo plazo incluyen reducción de la audición y retraso en el desarrollo neurológico.

Se incluye en la encuesta la definición de ruido, como un sonido desagradable o molesto debido a su intensidad, brusquedad, duración, intrusión o sensibilidad subjetiva. Este estudio contribuye a considerar al ruido como un factor clínicamente relevante en la práctica neonatal.

Se hace una distinción de los ruidos dañinos de los sonidos beneficiosos, como la música suave o voces de los padres, que pueden apoyar el desarrollo. La encuesta consta de cuatro secciones: 1) "Sobre usted", 2) "Impacto del ruido en los recién nacidos y sus familias", 3) "Impacto del ruido en el personal", y 4) "Reducción del impacto del ruido".

La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener el nivel de ruido en o por debajo de 45 decibeles (dB), aunque, en general, el nivel de ruido en las unidades neonatales supera los 80 dB.

Los resultados muestran un consenso amplio respecto al efecto negativo del ruido, tanto directo como indirecto, en la salud de los recién nacidos. Llama la atención que un 50 % de los médicos y un 35,5 % del personal de enfermería asociaron el impacto indirecto con complicaciones graves como sepsis, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrosante, con diferencias significativas entre ambos grupos.

El estudio también pone en evidencia que el ruido excesivo aumenta el riesgo de errores clínicos, que comprometen la seguridad del paciente, siendo esta percepción compartida por la mayoría de los encuestados. Sin embargo, solo una minoría refirió haber presenciado directamente estos eventos.

En cuanto a las estrategias de mitigación, más del 90 % del personal reportó implementar medidas individuales (como buscar espacios más tranquilos, reducir alarmas o pedir silencio), aunque solo el 30 % conocía políticas institucionales sobre el tema, y de ellos, pocos las consideraban eficaces. Esto refleja una brecha entre la conciencia individual y el abordaje organizacional frente al problema del ruido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

El trabajo destaca la diferencia de percepciones entre médicos y enfermeros, siendo estos últimos, especialmente en roles de mayor responsabilidad, quienes con más frecuencia reportaron niveles elevados de ruido y sus consecuencias negativas. Esta diferencia podría explicarse por el mayor tiempo de exposición continua de enfermería en la UCIN y su rol de cuidadores directos.

El artículo aporta evidencia sólida sobre la relevancia del ruido como factor de riesgo en la atención del paciente neonatal y también destaca la necesidad de estrategias institucionales y políticas efectivas para su reducción, más allá de las acciones individuales de cada uno dependiendo de su formación.

COMENTARIO

Frecuentemente el impacto del ruido es un aspecto que pasa inadvertido, a pesar de las significativas consecuencias clínicas y organizacionales. El personal llega a normalizar el ruido en las unidades de manera que la percepción de estos sonidos se vuelve rutinaria

y en cierta medida se acepta como parte del entorno laboral.

Este trabajo reafirma que el exceso de ruido en las unidades neonatales constituye un factor de riesgo no solo para el bienestar y el neurodesarrollo de los neonatos, sino también para la calidad del desempeño del equipo de salud.

La exposición continua a niveles elevados de sonido puede comprometer la concentración, favorecer la fatiga y aumentar la probabilidad de errores en la práctica clínica, con un impacto directo en la seguridad del paciente.

En este sentido, resulta necesario considerar el ruido hospitalario como un factor a analizar desde la cultura de la seguridad, incorporando estrategias de concientización y formación específicas que promuevan entornos más seguros, para lo cual debería haber una apertura en todo el sistema.

Los ruidos fuertes en una UCIN provienen de fuentes externas, como alarmas, respiradores, teléfonos y conversaciones del personal. Los sonidos producidos por la apertura y cierre de puertas y el apoyo de elementos sobre la incubadora tienden a amplificarse en el ambiente del recién nacido prematuro, incapaz de filtrar y procesar estos estímulos nocivos.

Bonafide y cols., en 2015, demostraron que en una UCIN promedio se experimentaron más de 200 alarmas por lactante, es decir, alarmas que captaban la atención de enfermería, pero que contribuían significativamente a la fatiga de alarmas sin mejorar la atención clínica, generando exceso de ruidos y ansiedad en las familias.¹

La respuesta de un neonato inmaduro al ruido puede depender no solo de su estado conductual, sino también de la exposición previa a sonidos, aún en su vida intrauterina.²

Una de las principales fortalezas del trabajo es la participación interdisciplinaria en la encuesta, que incluyó tanto médicos como personal de enfermería. Esto permite analizar percepciones desde diferentes roles profesionales, aportando una mirada más completa sobre el impacto del ruido en la salud neonatal y en la seguridad del paciente.

Otra fortaleza destacable es que las respuestas a la citada encuesta, reflejan la impronta propia de cada profesión, lo cual enriquece la interpretación de los resultados; mientras los médicos aportaron una perspectiva más ligada a la toma de decisiones

clínicas, los enfermeros especialmente aquellos con responsabilidad en la gestión de la Unidad, evidenciaron una percepción más crítica de los efectos del ruido en la dinámica diaria de la UCIN.

Es importante destacar que la percepción del ruido y sus niveles puede variar entre los individuos dependiendo de factores como sensibilidad auditiva, edad, estado de salud y condiciones psicológicas. También la experiencia laboral y la formación del personal influyen en esta percepción, ya que aquellos con más años de trabajo o capacitación específica suelen reconocer que los niveles de ruido superan lo recomendado por la Academia Americana de Pediatría, de mantener el nivel de ruido en o por debajo de 45 decibeles (dB). Sin embargo, cabe destacar que las recomendaciones internacionales fueron elaboradas para ambientes neonatales acústicamente tratados,³ lo que no corresponde a la realidad de la mayoría de las unidades neonatales de Argentina.

En la práctica puede observarse como las alarmas continuas de los monitores, las conversaciones en tono elevado y el movimiento del personal generan un ambiente hostil para el recién nacido que debería estar protegido durante una etapa crítica de desarrollo cerebral; la exposición al sonido elevado actúa como una noxa directa sobre el neurodesarrollo del recién nacido.

El cerebro del recién nacido atraviesa un período crítico de maduración caracterizado por la rápida proliferación neuronal, la sinaptogénesis y la mielinización. Estos procesos requieren de un ambiente sensorial controlado, armónico y tranquilo que favorezca la organización de las redes neuronales. Sin embargo, en muchas ocasiones los estímulos sonoros excesivos e irregulares, interrumpen los ciclos de sueño-vigilia, alteran la autorregulación del lactante y generan respuestas de estrés que se expresan mediante cambios en la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y el aumento de hormonas relacionadas con el estrés, como el cortisol.

Considerar el sonido excesivo como una noxa evitable y modificable resulta fundamental para implementar estrategias de reducción y concientización que promuevan un entorno seguro, protector y favorecedor del desarrollo neurológico óptimo en esta población altamente vulnerable.

Es necesario gestionar el control consciente sobre los sonidos generados por el equipo profesional y los monitores. Fomentar la necesidad de bajar las luces de la Unidad cuando no son necesarias para una tarea

específica; el ambiente menos iluminado pareciera alentar espontáneamente las conversaciones en un tono más bajo.

Entre el 2 % y el 10 % de los bebés nacidos antes de la fecha prevista son diagnosticados con hipoacusia, en comparación con solo el 0,1 % de la población infantil general.⁴

Según una revisión sistemática publicada en 2024, por Sibrecht G, Wróblewska-Seniuk K, y cols., la prevalencia de déficit auditivo entre los prematuros es mayor que en la población general y existe la posibilidad que la exposición a niveles elevados de sonido contribuya al daño coclear o a efectos adversos del desarrollo auditivo, aunque se requieren nuevos ensayos clínicos para demostrarlo de manera definitiva.⁴

Por otra parte, deben fortalecerse las estrategias organizacionales. Si bien los profesionales implementan medidas individuales, resultan insuficientes sin un

marco institucional claro que concientice a todo el equipo.⁵ La literatura reciente enfatiza la necesidad de políticas específicas en las UCIN, que incluyan desde el rediseño arquitectónico y la insonorización de las salas hasta la capacitación continua del personal y la sensibilización de las familias.

CONCLUSIONES

El artículo aporta evidencia valiosa y actual, que debe servir como punto de partida para instalar la gestión del ruido como parte integral de la seguridad del paciente neonatal. Enfermería tiene un rol clave no solo en la implementación de prácticas seguras, sino también en la generación de conciencia y en la promoción de políticas efectivas que favorezcan un entorno terapéutico adecuado para el recién nacido y su familia.

REFERENCIAS

1. Bonafide CP, Lin R, Zander M, Graham CS, Paine CW, et al. Association between exposure to non-actionable physiologic monitor alarms and response time in a children's hospital. *J Hosp Med.* 2015;10(06):345-351. doi: 10.1002/jhm.2331.
2. Wachman EM, Lahav A. The effects of noise on preterm infants in the NICU. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2011 Jul;96(4):F305-9. doi: 10.1136/adc.2009.182014.
3. Zamberlan-Amorim NE; Ide Fujinaga C, Hass VJ, Monti Fonseca LM, Fortuna CM, Silvan Scuchi CG. Impacto de un programa participativo de reducción de ruido en una unidad neonatal. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012 Ene-Feb;20 (1). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rcae/a/V8YskGYMbMryrVFxXjr9P9n/?format=pdf&lang=es>
4. Sibrecht G, Wróblewska-Seniuk K, Bruschettini M. Noise or sound management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024 May 30;5(5):CD010333. doi: 10.1002/14651858.CD010333.pub4.
5. Philbin MK, Gray L. Changing levels of quiet in an intensive care nursery. *J Perinatol.* 2002 Sep;22(6):455-60. doi: 10.1038/sj.jp.7210756.



www.fundasamin.org.ar