

Artículos originales

- » El cuidado intercultural de enfermería en servicios de Maternidad y Neonatología
- » Nutrición enteral en cirugías neonatales del sistema digestivo
- » Revisión de técnicas: actualización en la técnica de colocación de sonda gástrica en recién nacidos
- » La unidad neonatal: un espacio de aproximación entre el síndrome de Down y la autoetnografía
- » Un relato de experiencia. La fragilidad de la vida: nacer y morir en tiempos de pandemia

Comentarios de artículos

- » Reanimación cardiopulmonar con cordón umbilical intacto
- » ¿Puede la posición de la cabeza ayudar a reducir la hemorragia intraventricular grave y su secuela en recién nacidos prematuros?

Enfermería Neonatal

AUTORIDADES

Editora Responsable

Mg. Guillermina Chattás

Universidad Austral, Argentina.

Editora Asociada

Mg. Rose Mari Soria

Área de Enfermería, FUNDASAMIN, CABA, Argentina.

Comité Ejecutivo

Lic. Cristina Malerba

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

Esp. María Luisa Videla Balaguer

Hospital Ramón Santamarina, 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.

Lic. 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.

Esp. Mónica Barresi

Sanatorio Finochietto y Universidad Austral, CABA, Argentina.

Esp. María José Caggiano

UCEP-SUR, COMECA, FEPREMI, Canelones, Uruguay.

Dra. en Enf. Bibiana China Jimémez

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. Raquel Galliussi

Maternidad Santa Rosa, Florida, Buenos Aires, Argentina.

Esp. Claudia Green

Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina.

Esp. Zandra Patricia Grosso Gómez

Fundación Canguro, Bogotá, Colombia.

Esp. Nuria Herranz Rubia

Hospital U. Sant Joan de Déu, Barcelona, España.

Dr. en Enf. Luis Alexander Lovera Montilla

Universidad de Valle, Cali, Colombia

Esp. Guillermina Lasala

Servicio de Neonatología, CEMIC, CABA, Argentina.

Esp. Lucila Scotto

Hospital Juan P. Garrahan, CABA, Argentina.

Esp. María Inés Olmedo

Sanatorio Anchorena, CABA, Argentina.

Lic. Carmen Vargas

Sanatorio de la Trinidad San Isidro, Buenos Aires, Argentina.

Mg. Sabrina Vidable

Universidad Nacional de José C. Paz, Buenos Aires, Argentina.

Comité Asesor

Dra. Norma Rossato

Coordinadora de proyectos, FUNDASAMIN.

Dra. María Elina Serra

Coordinadora de proyectos, FUNDASAMIN.

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

Teléfono: 011-3939-0376 • Honduras 4160 (CP 1180) C.A.B.A. Argentina

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

Mg. Guillermina Chattás..... 4

Artículos originales

» El cuidado intercultural de enfermería en
servicios de Maternidad y Neonatología

Lic. María Cristina Malerba 6

» Nutrición enteral en cirugías neonatales
del sistema digestivo

Esp. Lic. Romina Calella,

Esp. Lic. Romina Sosa 17

» Revisión de técnicas: actualización en la
técnica de colocación de sonda gástrica
en recién nacidos

Lic. Dilvar dos Santos,

Esp. Ma. Luisa Videla Balaguer..... 24

» La unidad neonatal: un espacio de
aproximación entre el síndrome de Down
y la autoetnografía

Dr. Luis Alexander Lovera Montilla 32

» Un relato de experiencia. La fragilidad
de la vida: nacer y morir en tiempos
de pandemia

Esp. Ingrid Lorena Montoya Fernández..... 38

Comentarios de artículos

» Reanimación cardiopulmonar con cordón
umbilical intacto

Comentado por:

Mg. Sonia Beatriz Rodas..... 45

» ¿Puede la posición de la cabeza ayudar a reducir
la hemorragia intraventricular grave
y su secuela en recién nacidos prematuros?

Comentado por:

Mg. Sabrina N. Vidable..... 49



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

Editorial

Estimados colegas:

Después de 40 años como enfermera neonatal en distintos ámbitos, he visto cómo el mercado laboral ha transformado las competencias que un profesional de enfermería necesita para trabajar en un servicio de neonatología. Es indiscutido que las habilidades técnicas son indispensables para el cuidado de los recién nacidos y sus familias. Se espera que una enfermera o enfermero pueda evaluar y detectar alteraciones cardiorrespiratorias y hemodinámicas en un recién nacido, desarrolle habilidades en las distintas técnicas y procedimientos, y se encuentre a la altura de las circunstancias en el manejo de equipamiento y nueva tecnología disponible para la sobrevida de neonatos de alto riesgo. Sin embargo, ya estas habilidades no son suficientes.

¿Qué sucedería si una enfermera coloca hábilmente un acceso percutáneo, pero no puede comunicar efectivamente en el pase de guardia con sus colegas, que quedaba pendiente constatar la ubicación del catéter? ¿O quién duda que una enfermera que llega tarde a su horario de trabajo, o deja tareas sin realizar en su turno o que no tiene una actitud empática con la familia, no tiene buen desarrollo profesional?

Las habilidades blandas o no técnicas son habilidades sociales, cognitivas y personales que pueden mejorar la forma en que el recurso humano de enfermería lleva a cabo las habilidades técnicas, las tareas y los procedimientos.

Son el resultado de una combinación de habilidades conductuales, características de personalidad, actitudes, habilidades sociales y hábitos personales que pueden promover el desarrollo de la motivación, la empatía, la comunicación y las metas, junto con otras personas. Son las que le permiten integrarse, interactuar y conectar con el equipo de trabajo. Permiten a las personas relacionarse y comunicarse de manera efectiva con los otros. La adquisición de habilidades blandas hace que las personas sean más flexibles, estén dispuestas a aceptar cambios y tengan una mayor capacidad para comprender el entorno.

Las habilidades blandas o no técnicas son actualmente tan valoradas y solicitadas como las anteriores. Estas habilidades humanas, permiten desarrollar en el carácter de la persona rasgos como el liderazgo, la creatividad, la inteligencia emocional y el pensamiento crítico.

Son varias las habilidades no técnicas que debe incorporar una enfermera o enfermero neonatal. La capacitación y desarrollo de estas habilidades, como la comunicación, el trabajo en equipo, el liderazgo, la toma de decisiones y la percepción de la situación, ha demostrado mejorar el desempeño de los profesionales.

La comunicación es la habilidad de compartir información efectiva con otros. Tanto la comunicación oral como la comunicación escrita en enfermería, son indispensables para sostener la continuidad del cuidado de los recién nacidos y sus familias. Las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales actúan como mediadoras entre los médicos y los padres, así como entre los recién nacidos y sus padres. Por lo tanto, es esencial que tengan excelentes habilidades de comunicación. Deben ser capaces de explicar claramente situaciones y terminología a menudo complejas a los padres, así como los procedimientos realizados en los recién nacidos. También deben expresar las preocupaciones de los padres a los médicos y otros miembros del equipo. Otro aspecto de la comunicación es la enseñanza a los padres sobre cómo cuidar a los hijos, poder comunicarse con paciencia, sabiendo que los padres en situaciones de estrés pueden necesitar que les repitan la información.

La cooperación hace relación al trabajo con otros, a trabajar en equipo. Esto implica finalizar la tarea individual y colectivamente. Implica retroalimentar y recibir retroalimentación. El trabajo debe ser interdisciplinario con neonatólogos, kinesiólogos, cirujanos, psicólogos y otras profesiones que interactúan en el servicio de neonatología.

La adaptabilidad refleja la capacidad de una persona para procesar, manejar y responder a los cambios. Es una habilidad blanda muy valorada en una terapia intensiva neonatal, donde la velocidad de los cambios es moneda corriente.

Las habilidades de organización permiten estructurar y desarrollar procesos, para finalizar su trabajo a tiempo y la colaboración, implica cuán bien trabaja con otros para cumplir un objetivo en común.

El pensamiento crítico, es otra habilidad no técnica. Me refiero al pensamiento deliberado, dirigido al logro de un objetivo, que pretende emitir juicios basados en evidencia, en cambio de utilizar la experiencia, conjeturas o suposiciones. Requiere constantemente estar reevaluándose, autocorrigiéndose y esforzándose para mejorar.

La gestión del tiempo, un bien muy valorado en nuestra época, evita procrastinar, y asume las tareas e intervenciones en un tiempo determinado.

La creatividad trata de encontrar diferentes formas de abordar un problema o una tarea, de pensar soluciones distintas a problemas existentes. Implica examinar todos los aspectos de una situación y considerar nuevas posibilidades desafiantes.

En la descripción de un puesto de trabajo, cada vez más se destacan estas habilidades como requisitos importantes. En una entrevista de trabajo, además de un examen de conocimientos, deberíamos empezar a preguntar sobre el desarrollo de estas habilidades no técnicas, indispensables para el cuidado de las personas. Asimismo, en un *curriculum vitae*, deberían aparecer destacadas estas habilidades y cómo se pudieron aplicar en el servicio de neonatología. En congruencia con lo antes mencionado, en una evaluación de desempeño, las habilidades técnicas y no técnicas deberían ponderarse.

Tanto los educadores como los gestores de personal de enfermería deben tener en cuenta, dentro de los trayectos educativos, el desarrollo de estas habilidades que no son innatas y tienen una curva de aprendizaje al igual que las habilidades técnicas.

Estas habilidades se construyen y aprenden desde la universidad y deben continuar desarrollándose en la vida profesional a lo largo de toda la vida.

Discutir un problema con un colega, comunicarse con la familia, responder a los cambios de un proceso, realizar una lluvia de ideas para solucionar un problema repetido en el servicio, trabajar junto a un colega para realizar un cuidado a un recién nacido de alto riesgo, indagar sobre el cuidado transcultural para una familia, acompañar con empatía a una familia en proceso de duelo, son ejemplos donde como profesionales desarrollamos estas habilidades.

Aun falta en nuestro medio ponderar las habilidades blandas o no técnicas, que redundarán en mejor cuidado para recién nacidos y familias. Es un buen momento para comenzar.

Mg. Guillermina Chattás

Editora Responsable

Referencias

- Widad A, Abdellah G. Strategies Used to Teach Soft Skills in Undergraduate Nursing Education: A Scoping Review. *J Prof Nurs*. 2022 Sep-Oct;42:209-218.
- Piazza O, Cersosimo G. Communication as a basic skill in critical care. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2015 Jul-Sep;31(3):382-3.
- Ng LK. The perceived importance of soft (service) skills in nursing care: A research study. *Nurse Educ Today*. 2020 Feb;85:104302.

Cómo citar: Chattás G. Editorial. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2023;42:4-5.

El cuidado intercultural de enfermería en servicios de Maternidad y Neonatología

Intercultural nursing care in Maternity and Neonatology services

Cuidados de Enfermagem Interculturais em Serviços de Maternidade e Neonatologia

Lic. María Cristina Malerba^o

RESUMEN

Si bien se han identificado múltiples publicaciones de enfermería sobre cuidados interculturales en el ámbito sanitario son escasas las referidas a las particularidades de las personas recién nacidas (RN) prematuras o enfermas internadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Frente a la creciente Inmigración desde diferentes países de jóvenes en edad reproductiva es frecuente la demanda de atención sanitaria en Maternidades y eventualmente en los servicios de Neonatología.

Las familias que transcurren la gestación y el parto recién emigradas estarán en situación de gran vulnerabilidad y estrés dadas las barreras culturales e idiomáticas a las que se ven expuestas. La internación de su hijo/hija RN en un servicio de cuidados intensivos, puede ser una situación traumática y difícil de entender y afrontar.

Este artículo parte de experiencias profesionales con comunidades de diferentes procedencias en el ámbito hospitalario y tiene el objetivo de explorar la relación salud-cultura contemplando la diversidad en los escenarios sanitarios actuales, analizar las prácticas y recursos necesarios para que el equipo profesional brinde apoyo y acompañamiento a las familias migrantes de manera inclusiva, dándoles el protagonismo y

confianza en la comunicación que requieran para entender lo que ocurre con su RN, respetando sus demandas, costumbres y necesidades particulares. Se brindan algunas propuestas de cuidado asistencial y en la gestión intercultural en la UCIN. También se mencionan las barreras y dificultades del equipo neonatal para brindar estos cuidados especiales interculturales, la falta de recursos profesionales para apoyo idiomático, y las limitaciones propias de acuerdo con la subjetividad de cada uno frente al inmigrante como "el otro diferente". La otredad es inherente al cuidado intercultural.

Palabras clave: *cuidado intercultural, migración, maternidades, enfermería neonatal.*

ABSTRACT

Although multiple nursing publications on intercultural care in the health field have been identified, there are few that refer to the particularities of premature or sick newborns (NBs) admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Faced with the growing immigration of young people of reproductive age from different countries, there is a frequent demand for health care in Maternity Hospitals and eventually in Neonatology services.

^o Licenciada en Enfermería. Miembro del Comité Ejecutivo de la Revista Enfermería Neonatal.

ORCID: 0000-0003-0012-3273

Correspondencia: crismalerba@gmail.com

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 11 de junio de 2023.

Aceptado: 30 de julio de 2023.

ARK-CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25916424/pkitkpqjl>



Families undergoing gestation and childbirth recently emigrated will be in a situation of great vulnerability and stress given the cultural and language barriers to which they are exposed. The hospitalization of their newborn infant in an intensive care service can be a traumatic and difficult situation to understand and face.

This article is based on professional experiences with communities of different origins in the hospital environment. The objective is to explore the health-culture relationship, contemplating diversity in current health scenarios, analyzing the practices and resources necessary for the professional team to provide support and accompaniment to migrant families in an inclusive manner, giving them the leading role and confidence in the communication that require to understand what happens with their RN, respecting their demands, customs and particular needs. Some proposals for care and intercultural management in the NICU are provided. Also mentioned are the barriers and difficulties of the neonatal team to provide this special intercultural care, the lack of professional resources for language support, and their own limitations according to the subjectivity of each one in front of the immigrant as "the different other". Otherness is inherent in intercultural care.

Keywords: *intercultural care, migration, maternity, neonatal nursing.*

Resumo

Embora tenham sido identificadas múltiplas publicações de enfermagem sobre cuidado intercultural na área da saúde, poucas referem-se às particularidades de recém-nascidos (RN) prematuros ou enfermos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Diante da crescente imigração de jovens em idade reprodutiva de diversos países, é frequente a demanda por atendimentos de saúde em Maternidades e eventualmente em serviços de Neonatologia.

As famílias em fase de gestação e parto recentemente emigradas estarão numa situação de grande vulnerabilidade e stress devido às barreiras culturais e linguísticas a que estão expostas. A internação de seu filho/a RN em um serviço de terapia intensiva, pode ser uma situação traumática e difícil de entender e enfrentar.

Este artigo é baseado em experiências profissionais com comunidades de diferentes origens no ambiente hospitalar e tem como objetivo explorar a relação saúde-cultura, contemplando a diversidade nos cenários de saúde atuais, analisando as práticas e recursos necessários para a equipe profissional prestar apoio

e acompanhamento de famílias migrantes de forma inclusiva, dando-lhes liderança e confiança na comunicação necessária para entender o que está acontecendo com seu recém-nascido, respeitando suas demandas, costumes e necessidades particulares. Apresentam-se algumas propostas de cuidado e gestão intercultural na UTIN. Também são mencionadas as barreiras e dificuldades da equipe neonatal para prestar esse cuidado especial intercultural, a falta de recursos profissionais para suporte linguístico e suas próprias limitações de acordo com a subjetividade de cada um diante do imigrante como "o outro diferente". A alteridade é inerente ao cuidado intercultural.

Palavras-chave: *cuidado intercultural, migração, maternidade, enfermagem neonatal.*

Cómo citar: Malerba MC. El cuidado intercultural de enfermería en Maternidades y Neonatología. *Rev Enferm Neonatal.* Agosto 2023;42:6-15.

Nota: en el desarrollo del artículo se desea incluir a personas con autopercepciones de género diversas que tendrán acceso a la atención obstétrica y neonatal descriptas. Al acompañar a diferentes familias, los profesionales deben asegurarse de usar los términos con los que la familia se identifica, así como los pronombres deseados. Los equipos deben ser conscientes de la variedad de matices en torno al parto y la lactancia en la comunidad.

INTRODUCCIÓN

La población mundial crece y se vuelve cada vez más diversa, con un aumento de la migración internacional. Esta movilidad acarrea nuevas problemáticas y desafíos en las sociedades receptoras.

En referencia a las corrientes migratorias posteriores al 2000 en Argentina, puede decirse que hubo variaciones notables de acuerdo con las crisis económicas sucesivas y al cambio de políticas estatales con respecto a los migrantes que se produjeron desde fines de 2015. En estos períodos emigraron personas fundamentalmente de países limítrofes y en los últimos años también de Venezuela y Colombia, con quienes se comparte la misma lengua, excepto Brasil y poblaciones indígenas que no hablan español. Se reciben oleadas de inmigrantes de otros continentes (Europa, África y Asia).¹ Las condiciones socioeconómicas de los inmigrantes son diversas, algunos huyen de conflictos, persecuciones, hambre y falta de trabajo en condiciones de gran vulnerabilidad y otros grupos más recientes a partir de la guerra entre Ucrania y Rusia,

que pueden acceder a los servicios privados de salud. En todos los casos estas personas vivirán en mayor o menor medida situaciones de crisis por el desarraigo, y por los profundos cambios de sus vínculos sociales y afectivos que deberán ser tenidos en cuenta en el momento de brindar cuidados de salud, desde una perspectiva interdisciplinaria. En definitiva, toda esta población se convertirá en usuaria de los servicios sanitarios privados y públicos.

La Ley de Migraciones de 2003, adopta un enfoque de derechos humanos en el tratamiento de las personas migrantes;² establece que los ciudadanos de países miembros del MERCOSUR o de Estados allegados pueden obtener residencia mediante la acreditación de su nacionalidad y la carencia de antecedentes penales a la vez que deroga la antigua ley expulsiva de 1981.^{1,3}

La mencionada norma de 2003, en cambio, garantiza la reagrupación familiar, el acceso igualitario a la educación y a la salud como derechos inalienables de las personas migrantes, estableciendo la igualdad de derechos entre ciudadanos/ciudadanas nacionales y extranjeros/as. Esto resulta un polo de atracción para quienes provienen de países con mayores restricciones económicas en poblaciones de bajos recursos, que no podrían acceder a la educación y salud públicas y gratuitas en sus propios lugares. Estos procesos migratorios tienen impacto inevitablemente en el sistema de salud. Sin embargo, esta ley, que sigue siendo vulnerada, no garantiza la modificación de prácticas sociales discriminatorias ya instaladas; sentimientos de rechazo, temor o desconfianza, que se construyeron históricamente sobre el sujeto migrante, así como la resistencia de la sociedad a incorporarlos como parte de la identidad argentina, al igual que sucede con los indígenas nativos del territorio nacional. En el sector de la salud, la atención de la población migrante plantea tensiones por las mayores exigencias que no fueron contempladas en la formación de grado, ni en la integración de los equipos de salud.

Se suma la migración interna a centros urbanos. En Argentina se observa la tendencia universal de la migración del campo a la ciudad, o "éxodo rural" y una tendencia de concentración de la población en el área metropolitana. Poblaciones indígenas autóctonas se movilizan despojados de sus territorios ancestrales, y desplazadas en situación de vulnerabilidad social y económica.

De esta manera se han mencionado los diferentes grupos migrantes o desplazados en el territorio nacional que van a demandar atención sanitaria en el sistema público y privado.

¿QUÉ ES INTERCULTURALIDAD?

Para abordar el tema cultura en el ámbito de los servicios de salud y brindar al lector una mayor comprensión, se mostrará la diversidad de términos que se utiliza irreflexivamente, sin profundizar en sus implicancias. Se comenzará por presentar algunas de las definiciones que circulan.

Si bien no existe una definición acordada de cultura, puede resumirse que implica el énfasis en aspectos tales como normas compartidas, una misma lengua, creencias, comportamientos, percepciones particulares del significado salud y enfermedad, religión, rituales, vestido, vivienda, dieta.

Según Mira y Bastías (2021), la cultura es parte de la vida de todas las personas y se entiende como sistemas de saberes, prácticas e instituciones compartidas por los colectivos humanos, que se expresan en ideas y conductas transmitidas y, al tiempo, transformadas. Las culturas no son estáticas, sino que son transformadas por las personas a través de relaciones de poder.⁴

La investigadora autóctona Onorato Quispe (2013) desarrolla el concepto de cultura como un complejo entramado simbólico-material que construye cada sociedad, a lo largo de su historia, según su propia dinámica social y la de su entorno natural-social-espiritual-cósmico, y se modifica en el tiempo y en el espacio.⁵

Debe destacarse que, a pesar de pertenecer a un mismo colectivo y tener rasgos en común, cada individuo tiene características personales y no todos siguen el modelo de conducta estándar que propone su grupo cultural. Existe la diversidad de culturas, pero existen también la diversidad, la pluralidad, la individualidad de los seres humanos.⁶ Esto alerta sobre la tendencia que suele existir en los servicios de salud por emplear estereotipos, con conductas supuestas que se asignan a pacientes y familias según su pertenencia étnica y cultural. Además, no se puede hablar de una cultura sin conocer el contexto social y económico en que se desarrolla, ya que cada individuo va a reflejar y expresar la realidad histórica en que él vive, su historia personal y social.

La enfermería transcultural o etnoenfermería que desarrolló la teórica Madeleine Leininger en la década del 60, sentó las bases del desarrollo de este campo de conocimiento, de su propia teoría y de la asistencia basada en las diferencias culturales. Si bien merece un reconocimiento, este modelo ha recibido en las últimas décadas cuestionamientos de investigadores en el campo de la enfermería, propios del dinamismo de los cambios sociales y políticos y la misma configuración del mundo actual. Leininger, desde un enfoque culturalista no prioriza los aspectos estructurales y

políticos dentro de la desigualdad de las minorías étnicas y así se minimizan los roles del racismo y la desigualdad social en el estado de salud de estos grupos. Fornons Fontdevila (2010) reconoce los buenos propósitos de Leininger, pero destaca que los cuidados transculturales propuestos parten de un concepto de salud eurocéntrico, con el objetivo de eficiencia donde, si bien las incluye y trata de entenderlas, las diversidades no son partícipes de la planificación del cuidado, por cuanto se basa en la cultura dominante del sistema sanitario (en este caso enfermería). En definitiva, se establece una sutil relación de poder que no es dialógica ni igualitaria.⁶

También pueda hablarse de las microculturas, como la referida a los componentes de la vida institucional que se comparten en un servicio o departamento del hospital que son prácticas normatizadas, actitudes y forma de interrelacionarse que se consideran aceptables en ese equipo de trabajo.

Al hablar de interculturalidad, es necesario distinguirla de los conceptos de multiculturalidad y pluriculturalidad, ya que habitualmente se utilizan como sinónimos. La multiculturalidad reconoce la existencia de múltiples culturas dentro de un determinado espacio, que pueden no tener una relación entre ellas, con una segregación entre sí y cerradas sobre sí mismas, inclusive ligada a veces al rechazo entre culturas. La pluriculturalidad, en cambio, hace referencia a la convivencia de varias culturas en un mismo espacio nacional, pero sin una interrelación equitativa.⁷ Podría decirse entonces que Argentina es una sociedad pluricultural.

La salud intercultural convoca a una mirada integral del sujeto, a alejarse del modelo clásico biologicista y aceptar con respeto los saberes y las medicinas que traen otros pueblos, sin imponer la supremacía de la medicina que aquí se ejerce, como verdad incuestionable. Es un modelo realmente transformador, que intenta terminar con la desigualdad entre una cultura dominante y una dominada, construyendo una convivencia de respeto, intercambio y diálogo que incorpora otras miradas del mundo, de la salud y la enfermedad; otras cosmovisiones que suman y enriquecen.⁸

PARIR Y NACER LEJOS DE CASA

Según estadísticas que cita el Ministerio de Trabajo, Empleos y Seguridad Social, del total de migrantes internacionales en 2020, el 49 % son mujeres y el 51 % son varones. En la población no migrante, estos valores se ubican en el 42 % y el 58 %, respectivamente. Estas cifras expresan la modificación de estos últimos años del perfil de las personas que ingresan al país,

frente a la creciente pauperización de la región. La población migrante que ingresa a las grandes ciudades de Argentina se ha feminizado en forma paulatina, con requerimientos de salud propios, de manera que han llegado a constituir una proporción significativa de usuarias en las Maternidades especialmente en Buenos Aires. Si se analiza la composición por sexo según el país de origen de los migrantes de los principales grupos migratorios, se observa que el colectivo con mayor componente masculino es el boliviano, con 157,8 varones cada 100 mujeres, seguido por el venezolano, con 124,1 varones cada 100 mujeres. En la situación opuesta se encuentran los migrantes provenientes de Perú: 6 de cada 10 son mujeres. una alta concentración. Hay una alta concentración masculina entre los 25 y los 39 años, En las mujeres, la distribución es más pareja, con una participación similar entre los 25 y los 54 años.⁹

Las desventajas de ser migrante reciente, es la alta probabilidad de vivir con escasos recursos en lugares precarios con acceso reducido a los servicios de salud, el desconocimiento del idioma, la falta de comprensión del funcionamiento del sistema sanitario, desconocer cómo viajar o no contar con nadie para cuidar a los niños y niñas.

Por lo tanto, muchas de estas personas gestantes retrasan sus controles médicos, a veces ignoran ser portadoras de patologías graves y tratables tales como hipertensión arterial, diabetes, anemia, infecciones endémicas, que detectadas y tratadas podrían prevenir consecuencias graves para ellas y el feto tales como partos prematuros, bajo peso al nacer o infecciones congénitas.¹⁰

A veces el retraso en el reconocimiento de la enfermedad debido a barreras de comunicación se vincula con que suelen ser estigmatizadas en las instituciones cuando reciben cuidado de parte de sanadores de su comunidad por enfermedades potencialmente graves. La mala comunicación entre una persona gestante migrante nativa o extranjera residente y el personal sanitario puede tener consecuencias que van a perjudicar directamente a la calidad de la atención, aumenta el riesgo de malos resultados clínicos del niño/niña por nacer, de la salud de las personas gestantes y la insatisfacción de profesionales y pacientes. Hasta puede llegar a emitirse un diagnóstico equivocado o incompleto, pérdida de confidencialidad de la consulta médica y por lo tanto mayor resistencia a visitar los servicios médicos.¹¹

Es posible que estas personas gestantes ingresen al hospital en pleno trabajo de parto, acompañadas por familia, pareja o alguien de su propia comunidad.

Corresponde que se le pregunte la posición que desea adoptar durante el parto, respetar su vestimenta, la cabeza tapada, si es su necesidad, en vez del clásico camisolín que habitualmente se provee.

Diferentes sociedades enfocan de distintas maneras los partos, los nacimientos, los cuidados y crianzas. Claramente no puede haber una sola forma de cuidar desde el equipo de salud, y, como indica la Ley de Parto Humanizado vigente,¹² se contemplarán los deseos y la elección del acompañante que la persona gestante decida. Es hora de abandonar el viejo lema “acá se hace así” usado para imponerse. Se debe ir más allá de la buena voluntad, que no es suficiente, y optimizar la gestión de medios para comunicarse e interpretar a las personas que hablan lenguas diversas y establecer un vínculo que les permita confiar.

Para algunos pueblos es imprescindible la conservación de la placenta con la que se realizan rituales; la negativa de las instituciones públicas a entregarla a la familia, por supuestas razones de bioseguridad, puede afectar notablemente su vínculo con el sistema, hasta preferir el parto domiciliario. Desde 2017, todas las mujeres chilenas por decreto de ley, pueden solicitar la entrega de su placenta luego del parto.¹³ Este sería un ejemplo en el cual el Estado contempla el derecho legítimo de las familias a realizar sus rituales.

A las Maternidades llegarán personas con bajo nivel de expresión del dolor, con tolerancia y falta de quejas explícitas, las cuales pueden interpretarse erróneamente como ausencia de dolor.¹⁴ Habrá culturas que se oponen a la cesárea necesaria por miedo a la infertilidad, a la anestesia, sin embargo, es posible que desconozcan cada posibilidad si no se les explica, que provengan de sociedades en que no gozan de derechos, o los desconozcan. A veces temen aceptar modalidades que desearían por someterse a las restricciones familiares y controles de los mayores de la familia o pareja. Estas restricciones incluyen la dieta en el puerperio inmediato, sin embargo, con frecuencia el hospital prohíbe a las familias traer alimentos o por el contrario se desentiende de la alimentación por la suposición de que siempre hay una familia extensa para proporcionarla. La nutrición puede ser particularmente importante en el puerperio y las personas sentirse agraviadas por la falta de interés en su bienestar de parte de los equipos perinatales.

En las culturas de algunas personas migrantes, ya sean de otros países o autóctonas, se acostumbra atender y mimar a quienes han parido frente al contraste del autocuidado impuesto que ofrecen las Maternidades en el país, lo que les resulta incomprensible y muy duro.¹⁴

A veces los acompañantes quedan al margen frente al régimen restringido de horario de visita o del ingreso de niños y niñas en las Maternidades públicas. En el caso de las personas indígenas de culturas andinas, las parejas generalmente participan activamente del parto y cuidados, realizan los rituales necesarios de agradecimiento que auguren salud y bienestar a ambos; en las instituciones tales rituales se realizarán ocultamente o en silencio.

A diferencia de la práctica local y mayoritaria, algunas culturas no expresan su cariño por la persona recién nacida, porque creen que demostrarles demasiada atención puede atraer a la mala suerte. No significa desamor ni indiferencia, sino protección hacia el hijo/hija, actitudes que pueden desencadenar hostilidad en algunos integrantes del personal.

En una publicación de 1993, Isobel Bowler describe los resultados de un estudio étnico en el que se investigan las experiencias en Maternidades británicas de mujeres provenientes de países del sur de Asia.¹⁵ Se utilizaron cuestionarios y relatos de pacientes y de las obstétricas o parteras que las asistieron. Se observó la construcción de estereotipos por las parteras basados en cuatro temas fundamentalmente: las dificultades en la comunicación, la falta de adhesión a las normas de cuidados y el abuso de los servicios de la Maternidad pública, la tendencia a hacer escándalo por nada y la falta de “instinto maternal normal”. Bajo el concepto de que todas las personas gestantes asiáticas son iguales, las parteras las tipificaron y a partir de esto, asumían cuáles eran las necesidades y deseos de todas ellas. Esta estigmatización era percibida por pacientes que, como todos los integrantes de minorías étnicas, son particularmente sensibles, ya que esta actitud es extensiva a toda la sociedad, y es pilar del racismo que contribuye a la inequidad en salud. Ser víctima de la discriminación puede ocasionar un gran estrés.

El choque de culturas con la propia provoca tensiones, malinterpretaciones y desorientación en el personal, que aún bienintencionado, tiende a crear categorías por país de origen. Las principales dificultades que los profesionales suelen mencionar estigmatizan a estas personas (falta de higiene, olores, resistencia a bañarse en el puerperio), generan incomodidad en el trabajo y molestia probablemente en las familias.¹⁵

En el caso de que el niño o niña haya nacido antes de tiempo, enfermo o surjan complicaciones en sus primeros días de vida, se inicia una nueva problemática: el traslado y la internación en Neonatología. Aquí el desafío para el equipo es aún mayor, informar y darle participación a la familia.

PRIMERA BARRERA EN LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL: LA DIVERSIDAD DE LENGUAS

La lengua oficial de un país es la que se impone como única legítima a todos sus habitantes en los límites territoriales. Existen casos de países en que oficialmente se reconocen dos idiomas como Canadá y Paraguay. Si bien en el territorio que hoy se llama Argentina convivieron ancestralmente otras lenguas, y que, en su mayoría, siguen vigentes en poblaciones indígenas, la lengua oficial es el español. Luego, las lenguas se influyen entre sí, y le dan a cada una, fisonomía particular, con huellas dejadas por esta coexistencia y que se evidencian con las variables locales de los países de Latinoamérica.

Por esta razón puede decirse que los intercambios lingüísticos son relaciones de poder simbólico donde actúan factores de fuerza entre el hablante de la lengua oficial predominante y el que no lo es. En la constitución de la identidad individual, desde la transmisión al nacer de la lengua materna, esa persona se constituye como miembro de un universo, de una comunidad determinada, en la medida en que se integra al discurso familiar, social y cultural que lo precede.¹⁴ La lengua, constituye, por lo tanto, un pilar fundamental de la identidad individual y colectiva.

Comunicarse de manera efectiva y adecuada a través del idioma, puede ser un desafío con muchas posibilidades de malentendidos y ofensas.¹⁶ Cuando los profesionales de la salud no logran comunicarse de manera efectiva con las personas que asisten, pueden enojarse y frustrarse, lo que se manifestará en señales no verbales y ser percibido por los pacientes y las familias como ofensivo. A veces alguno de la familia con mayor tiempo de residencia, actúa como mediador, pero esta práctica puede ser riesgosa por cuanto vulnera la confidencialidad y afecta la autonomía de las personas gestantes o púerperas porque no tienen control sobre el mensaje en su nombre.

Enfermería deberá tener conciencia de su propia gestualidad, proclive a interpretaciones erróneas, y de las señales no verbales con empatía y paciencia. Al no tener un idioma común entre familias migrantes y personal es necesario buscar alternativas de comunicación. En países receptivos con alto grado de inmigración, inclusive refugiados, existen servicios estatales de líneas de intérpretes que facilitan la comunicación. Se reporta la experiencia en Granada, España, de la elaboración por parte de enfermería de un pictograma virtual, en el que se intentó reflejar en imágenes elaboradas en base a las expectativas y necesidades de las usuarias/usuarios inmigrantes y

del personal en el trabajo de parto y parto.¹⁷ A falta de este soporte estatal, los recursos que actualmente utilizan con frecuencia los profesionales en Argentina son aplicaciones de traducción simultánea a través del teléfono móvil (teletraducción). Algunos casos excepcionales como las actuales inmigrantes rusas, traen su propio intérprete a las consultas, pero en las internaciones en Maternidad y Neonatología no es un recurso permanente. Es fundamental el registro de manera rutinaria en la historia clínica de la lengua que habla la persona gestante. A veces están disponibles entre el personal colaboradores que pueden actuar ocasionalmente como intérpretes.

INTERCULTURALIDAD EN LA UCIN

Si bien el nacimiento, la enfermedad y la muerte son comunes y universales a la especie humana, cada cultura tiene diferentes formas de atravesar estas experiencias de acuerdo con su cosmovisión. Las personas gestantes migrantes padecen vulnerabilidad y menor acceso a los controles, como ya se ha explicado, y por lo tanto mayor riesgo de tener hijos/ hijas prematuros o de bajo peso, y un inicio más complejo de su maternidad en una UCIN, marcada por la temprana separación de su hijo/ hija y la presencia de tecnología abrumadora en un país diferente al suyo.¹⁸ Durante la estadía en el hospital, las familias no sólo deben lidiar con situaciones de estrés propias del ambiente de la Unidad, sino que también deben enfrentar la soledad y la ausencia de la contención social de su comunidad.

El concepto de maternidad está considerado como una construcción social y es susceptible a los cambios sociales, políticos, económicas y culturales.⁴ El desafío que enfermería y el equipo tiene por delante es brindar cuidados de calidad elaborando planes que no arrasen con las diferencias, contemplar las necesidades culturales individuales y reducir así las barreras que obstaculizan el ejercicio pleno de los derechos a la salud, como garantizan las leyes argentinas.²

En casos de Servicios insertos en hospitales de regiones donde se asiste mayoritariamente a una comunidad originaria, un importante nexo comunicativo serán los integrantes del equipo nativos de esta misma etnia. Es frecuente que en un hospital regional de derivación se reciban RN enfermos de diversas localidades. Es indispensable y respetuoso registrar en cada historia clínica la procedencia de la familia, no simplemente generalizando como indígenas, sino identificando la etnia a la que pertenecen, su lengua y si hablan español. La comodidad y simplificación que representa universalizar los cuidados o categorizar a pacientes y familias,

no es atención intercultural, la cual se basa en el respeto, la compasión y la solidaridad. Es necesario que enfermería conozca básicamente las modalidades de maternaje, de crianza, creencias y prácticas sanitarias de los diferentes grupos de la región en que trabaja, para un mejor entendimiento y facilitar el desarrollo de estrategias hacia una maternidad respetuosa e intercultural en las unidades de Neonatología. Para ello es conveniente que las instituciones organicen talleres con los integrantes del personal, abiertos a la comunidad, a fines de intercambiar expectativas y necesidades para la atención de sus gestaciones, partos y cuidados después del nacimiento.

Es destacable como ejemplo a imitar, la experiencia de la Maternidad Intercultural en Misiones, donde se desarrolló el modelo de Hospital Amigo de la Familia Indígena Mbya Guaraní. Para favorecer el conocimiento de la cultura en los equipos de atención, se incorporaron integrantes autóctonos a los equipos de salud. Se hizo señalética en toda el área perinatal en idioma guaraní y se readecuó el menú hospitalario respetando las restricciones alimentarias que la comunidad realiza durante el parto, puerperio y lactancia. Se hizo necesario garantizar el acompañamiento de las abuelas o parteras tradicionales que orientan, aconsejan y cuidan. Como hay una gran dispersión geográfica, con zonas de difícil acceso, se ofrece la Residencia para Madres cuyos hijos e hijas se internen después del nacimiento.¹⁹

Así como hace unos años se incorporaron los cuidados para el neurodesarrollo en las Unidades, o el parto respetado en las Maternidades, es hora de que los equipos y fundamentalmente enfermería, piense y elabore sus cuidados con la participación de las familias con su propia cultura, escuchando sus deseos y necesidades. Enfermería guía a las familias en el contacto con su hija o hijo recién nacido, dándoles el protagonismo y habilitándolas a desplegar sus capacidades. Es necesario promover capacitaciones en los servicios perinatales para la comprensión del modelo y la innovación de la enfermería.

Todo contacto entre diferentes culturas provoca tensiones, transformaciones, endurecimientos, conflictos, desorientación de los profesionales que deben salir de sus prácticas instaladas por un lado y nuevos conocimientos y experiencias por el otro.¹⁴ Por lo tanto deberán planificarse políticas flexibles dentro de la Unidad, ingreso irrestricto de progenitores, ofrecerles permanecer durante los procedimientos sobre su hijo, permitir el eventual ingreso de un líder religioso. El trato amable, respetuoso y afectivo hacia la familia, va a permitir una corriente de confianza en quienes cuidan de su hijo/hija. Enfermería representa un

factor de continuidad dentro del equipo por su mayor permanencia junto a la incubadora o cuna de su hijo/hija que permite que sea menos intimidante hacer preguntas, a diferencia del cambio frecuente del personal asignado, que impide la formación de alianza en el cuidado.

ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO INTERCULTURAL EN NEONATOLOGÍA

- Indagar y registrar en la historia clínica del RN la nacionalidad de la familia, variables como etnia, ciudadanía, religión, orientación sexual o género autopercebido, cómo desean ser nombrados, precisiones sobre la lengua preferida, conocimiento de las lenguas oficiales, grado de alfabetización (fundamentalmente para saber si se pueden utilizar recursos de comunicación con textos).
- Planificar los cuidados y adaptar la vía de comunicación (presencial, telefónica, en español, o si hablan alguna lengua que el personal conozca) o según las posibilidades de la familia.
- Explicar las acciones y pedir permiso para tocar al niño/niña en presencia de la familia.
- Garantizar el derecho a la información constante sobre el estado del RN, si fuera necesario con un mediador en el idioma que sea capaz de transmitir conceptos médicos.
- Habilitar a los progenitores, los rezos, las cintas rojas o un amuleto protector que puede colocarse junto a la incubadora o en la tarjeta de identificación.
- Tener elaborados consentimientos informados e instructivos en diferentes lenguas para respetar la autonomía. El principio fundamental para establecer la capacidad de consentir procedimientos es la comunicación efectiva.²⁰
- La continuidad de enfermería en cada turno no sólo es buena para el/la paciente RN y la familia, sino además ayuda a enfermería a compartir sus conocimientos y experiencia con su cuidador/cuidadora primaria.
- Contribuir a disminuir la angustia de la familia. Saber que no siempre contestarán rápidamente las preguntas. El interrogatorio clínico clásico de pregunta breve-respuesta breve, no se entiende muy bien fuera de la cultura occidental.²¹
- Conocer el grado de contacto físico que toleran según su cultura.

- Contribuir a la inclusión de la familia entre las demás familias de niños/niñas internados, ya que constituyen una importante fuente de apoyo y fortalecimiento, compartiendo experiencias.⁵
- La tecnología aplicada a los cuidados neonatales a veces entra en conflicto con los valores culturales de las familias por cuanto requiere explicación paciente.
- Habilitar los rituales o ceremonias que necesiten frente a la muerte del niño/niña; pueden requerir atención especializada ante la posibilidad de solicitarse una necropsia a la que suelen oponerse.

Un servicio de Neonatología amigable significa, entre otras cosas, que el equipo comprenda y respete la cultura y cosmovisión de las familias migrantes, sus creencias respecto de la maternidad, el parto, puerperio y crianza, la salud y enfermedad, la vida y la muerte. Por cuanto la Neonatología se ocupa de los niños y niñas más vulnerables, se hace indispensable que los equipos adopten un enfoque antirracista para reducir las inequidades en el acceso a la salud.

INMIGRACIÓN Y LACTANCIA EN NEONATOLOGÍA

El haber emigrado es un factor de riesgo para no optar por la lactancia. Habrá factores importantes para tener en cuenta que van a influir en la elección de amamantar en forma exclusiva o mixta, como la presencia en el país de otras personas mayores y experimentadas en sus modalidades de crianza, que puedan transmitir a las y los jóvenes inexpertos, las tradiciones y habilidades en la lactancia.

El inicio de la recolección de leche humana o el amamantamiento puede verse dificultado por todas las barreras hasta ahora mencionadas. Además, puede haber resistencia de algunas personas, especialmente chinas o vietnamitas a extraerse calostro por considerarlo sucio o viejo y esperan darles agua azucarada; se presenta un verdadero desafío para enfermería explicar los beneficios de la impregnación con calostro en sus hijos/hijas internados en la UCIN. Luego la continuidad de la extracción de leche se complicará si no es posible alojarse en la Residencia. En general no cuentan con apoyo ni familia que puedan cuidar de los otros hijos cuando su pareja trabaja, y en caso de poder trasladarse al hospital, lo deberá hacer con ellos. Cada cultura considera determinados alimentos como favorables en el puerperio y la lactancia, pero difícilmente estas pautas sean respetadas en el hospital. Las personas migrantes de Latinoamérica en general tienen lactancias prolongadas y aunque en cada

país tendrán particularidades, pueden comunicarse en español y comprender las razones que enfermería argumente. Las personas emigrantes africanas suelen amamantar largo tiempo y acostumbran a establecer contacto físico estrecho con sus hijos/hijas desde el nacimiento, mientras que las musulmanas practican la lactancia (el Corán recomienda la lactancia durante dos años). A veces se recita una oración especial antes de comenzar el amamantamiento.

Las personas van desarrollando su forma de criar en las Unidades de Neonatología, de una forma particular por las circunstancias en las que se encuentran, surgen diferentes sentimientos y emociones que complejizan la vivencia de la crianza y la lactancia de un niño o niña enfermo o prematuro.⁴

No es esperable que enfermería tenga suficientes conocimientos y habilidades para brindar un servicio que sea culturalmente coherente con cada familia migrante. Por lo tanto, las competencias pueden desarrollarse gradualmente a través de capacitaciones, apoyo institucional, capacidad para resolver problemas de atención en la diferencia con ingenio y creatividad, colaboración interprofesional, satisfacción laboral, interés y compromiso.²² La sensibilidad, la humildad cultural, por ejemplo, el deseo de saber más y la innovación son componentes claves.

GESTIONAR CON EL PROPÓSITO DE BRINDAR CUIDADOS INTERCULTURALES PERINATALES

La percepción de los coordinadores y gestores del área perinatal es que se recibe una carga no deseable y un recargo de trabajo que estos cuidados supuestamente implican al sector. Un argumento es que en general el personal es insuficiente para detenerse en las necesidades individuales de cada familia siendo este, uno de los factores de resistencia que se presentan.²⁰ En este caso no se está comprendiendo el verdadero cambio que la salud intercultural requiere; se trata de un cambio de filosofía del cuidado humanizado que contemple las necesidades culturales de las personas, no de tolerancia sino de reconocimiento, sin universalizar sus diagnósticos y tratamientos sin consideración por las subjetividades de las personas. Podrían emplearse varias herramientas de gestión para motivar al personal y crear un entorno de trabajo de apoyo en el que los y las profesionales asistenciales sientan que se tienen en cuenta sus preocupaciones. La gestión es esencial para promover un ambiente de trabajo en equipo y propósito común sin llegar al agotamiento y al estrés, ampliando su mirada con diversas estrategias y con el objetivo de incidir en la cultura de los

equipos e intentar articulaciones con las comunidades migrantes y originarias, así como con otros sectores del hospital que promuevan un diálogo intercultural. Se requiere un personal motivado, capacitado a través de talleres en diferentes turnos, con comprensión de que un cambio de paradigma en el cuidado significará notables mejoras en la calidad de atención y en la satisfacción. El compromiso de las autoridades y políticas al alcance del personal y del público son indispensables para lograr un cambio efectivo y pasar de la teoría a la praxis.

CONCLUSIONES

Es necesario recordar que, en todo cuidado de enfermería, interactúan dos culturas, la propia y la de la persona cuidada. Estas pueden ser coincidentes o no, pero definitivamente, van a impregnar el vínculo que se establezca. Para generar este vínculo es necesario el reconocimiento de enfermería de la propia identidad cultural, el cuidado hacia sí mismos, y el reconocimiento de la propia vulnerabilidad.²³ En la tarea de afrontar la complejidad cotidiana del trabajo clínico, enfermería se enfrenta a cambios vertiginosos, transiciones, negociaciones difíciles con equipo y con pacientes, lo que requiere reflexividad y aprendizaje permanente.

No se desea presentar aquí una conclusión cerrada, se espera que, a partir de lo expuesto, se problematice la necesidad de construir un modelo de salud intercultural en el sistema sanitario. Igualmente incorporar la problemática en los espacios de formación profesional de las distintas disciplinas relacionadas con la salud.

Es necesario reconocer que el racismo es tanto estructural como interpersonal, y que ambos aspectos deben abordarse simultáneamente. En Argentina se sostiene la falacia que no hay racismo, se sigue creyendo que los argentinos “bajaron de los barcos”, con el convencimiento de descender sólo de europeos blancos; se hacen invisibles los antepasados indígenas de gran parte de la población.

El racismo en la atención médica continúa instalando disparidades y sigue siendo una barrera para realizar los cambios propuestos. A fines de eliminarlo de raíz dentro de los Servicios, es responsabilidad de todos valorar la nacionalidad y la etnia de las personas a quienes se asiste para planificar cuidados en base a sus necesidades y deseos particulares. Boaventura de Sousa Santos, reconocido sociólogo portugués, refiere en 2006 que la naturalización de las diferencias oculta jerarquías y la monocultura del saber y el rigor produce “epistemicidio” (muerte de conocimientos alternativos).²³

Por último, ejercer la profesión de enfermería significa poner en acción conocimientos y habilidades adquiridas a lo largo de la vida, saber a través de la reflexión crítica sobre todo lo que nuevas experiencias e investigaciones aportan, priorizando la seguridad y la calidad de la atención, con un enfoque humanístico, interdisciplinario e intercultural, que reconozca a las familias, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de las personas durante la gestación, del parto, del puerperio y del cuidado de los niños y niñas recién nacidos.

REFERENCIAS

1. Diloretto M. Migraciones, estructura social y políticas públicas: apuntes para repensar la Argentina contemporánea. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. *Escenarios*. 2019; año 19(29).
2. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina. Ley 25871. Ley de Migraciones (2003). [Consulta: 6 de junio de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/92016/texact.htm>
3. Poder Ejecutivo Nacional de Argentina. Ley 22439. Ley Gral. De Migraciones y de Fomento de la Inmigración. (1981). [Consulta: 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22439-16176/texto>
4. Mira A, Bastías R. Maternidad, migración y prematuridad: experiencias en una unidad de neonatología. *Cad Bras Ter Ocup*. 2021;29:e2946.
5. Onorato Quispe M. Conceptos y Concepciones de Salud, Salud infantil y adolescente/juvenil en las Culturas Autóctonas y su diferenciación con los establecidos por la Cultura Oficial”. Conferencia presentada en el 8º Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente, 5º Jornadas de Salud y Educación, XXVI Reunión de Comités de Adolescencia de ALAPE, Sociedad Argentina de Pediatría, mayo 2013, Buenos Aires, Argentina.

- [Consulta: 5 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/IPeoples/EMRIP/Health/MarinaOnoratoQuispe.pdf>
6. Fornons Fontdevila D. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. *Index Enferm*. 2010;19(2-3). [Consulta: 6 de junio de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022.
 7. British Association of Perinatal Medicine. Building Successful Perinatal Optimisation Teams. A Toolkit to support delivery of the Perinatal Optimisation Pathway. (2023). [Consulta: 6 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.bapm.org/resources/building-successful-perinatal-teams-doc>
 8. Stivanello MB. Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud. *Revista de trabajo y ciencias sociales de la Universidad Nac del Litoral. Margen*. 2015;76. [Consulta: 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen76/stivanello76.pdf>
 9. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Departamento de Estudios Estadísticos, Gerencia Técnica, Subgerencia de Planificación. Informe anual sobre la situación de migrantes internacionales en el sistema de riesgos del trabajo. Febrero 2022. [Consulta: 12 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/03/situacion_de_los_migrantes_internacional_en_el_sistema_de_riesgos_del_trabajo_-_2020.pdf
 10. UNICEF, Argentina. Larguía M, González M, Solana C, Basualdo MN, et al. Maternidad Segura y Centrada en la Familia con Enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo. 2 ed. 2012. [Consulta: 10 de junio de 2023]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/maternidad-segura-y-centrada-en-la-familia-con-enfoque-intercultural>.
 11. Duque-Páramo MC. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2017;9(2):127-142. [Consulta: 9 de junio de 2023]. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145212857004>.
 12. Ley N° 25929 de Parto Humanizado. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Argentina. Promulgada: 17 de septiembre de 2004. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. 2018. [Consulta: 5 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
 13. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. División Jurídica. Norma General Técnica No 189 para la Entrega de la Placenta. [Consulta: 13 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/NT-ENTREGA-DE-PLACENTA_01.pdf
 14. Henderson J, Gao H, Redshaw M. Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Oct;13:196.
 15. Bowler I. They're not the same as us: midwives' stereotypes of South Asian descent maternity patients. *Sociology Health Illness*. 1993;15(2):157-178.
 16. Higginbottom GM, Richter MS, Mogale RS, Ortiz L, et al. Identification of nursing assessment models/tools validated in clinical practice for use with diverse ethno-cultural groups: an integrative review of the literature. *BMC Nurs*. 2011 Aug;3;10:16.
 17. Recuerda Solana C, Riquelme Raya R, Gutiérrez Martínez MM, Martínez Gámez MM, Hidalgo Ruzzante N. Evaluación de medios de comunicación alternativos con mujeres inmigrantes de habla no hispana en partos. *Biblioteca Las Casas*, 2012; 8(1). [Consulta: 9 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0634.pdf>
 18. Puthussery S. Perinatal outcomes among migrant mothers in the United Kingdom: Is it a matter of biology, behaviour, policy, social determinants or access to health care? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016 Apr;32:39-49.

19. Unicef, Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. Guía para la implementación de una maternidad segura con enfoque intercultural Experiencia en la provincia de Misiones. 2020. [Consulta: 9 de junio de 2023]. Disponible en: <https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/08/Guia-para-la-implementacion-de-una-maternidad-segura-con-enfoque-intercultural.pdf>
20. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, et al. Neonatal Intensive Care Unit Safety Culture Varies Widely. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012 Mar;97(2):F120-6.
21. Gentil García I. Competencia cultural en enfermería: población subsahariana. Cultura de los cuidados. 1er. Semestre 2010; Año XIV - 27. P 61-67. [Consulta: 9 de junio de 2023]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14391/1/CC_27_08.pdf
22. Leal L. Competencia cultural y compasiva en enfermería: de regreso a la esencia del cuidado. *Enfermería Comunitaria.* 2018;14:e12090.
23. de Sousa Santos B. La Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias: para una ecología de saberes. En: *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social.* Cap. I. Buenos Aires: Clacso; 2006, p. 13-41. [Consulta: 10 de junio de 2023]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20100825033033/2CapituloI.pdf>

Nutrición enteral en cirugías neonatales del sistema digestivo

Enteral nutrition in neonatal digestive system surgical procedures

Nutrição enteral em cirurgias neonatais do sistema digestivo

Esp. Lic. Romina Calella^o, Esp. Lic. Romina Sosa^{oo}

RESUMEN

Las patologías y/o las malformaciones congénitas gastrointestinales reciben habitualmente tratamientos quirúrgicos para su corrección; la nutrición es un componente clave en el manejo postoperatorio.

Los pacientes con tratamientos quirúrgicos del sistema digestivo son individuos vulnerables con riesgo de malnutrición durante su estancia hospitalaria. La aplicación de un cribado nutricional adaptado al neonato, es una forma rápida, sencilla y económica de detectar el riesgo nutricional.

En las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, se presenta el desafío diario de permitir el crecimiento y nutrición adecuados a un recién nacido con necesidades incrementadas de macro y micronutrientes, además de favorecer la recuperación de su condición quirúrgica.

El manejo del neonato quirúrgico realizado por un equipo interdisciplinario ha demostrado mejores resultados en la administración del soporte nutricional, y menores complicaciones clínicas y costos hospitalarios.

El objetivo de esta revisión es actualizar conocimientos acerca del tratamiento nutricional del neonato con patología quirúrgica del sistema digestivo.

Palabras clave: *nutrición; leche humana; malformaciones congénitas; estado nutricional; procedimientos quirúrgicos del sistema digestivo.*

ABSTRACT

Gastrointestinal pathologies and/or congenital malformations usually receive intervention with surgical treatment for the correction of these anomalies; nutrition is a key component in postoperative management.

Patients undergoing digestive system surgical treatments are vulnerable individuals at risk of malnutrition during their hospital stay. The application of a nutritional screening tool adapted to the newborn is a quick, simple and economical way to detect nutritional risk.

In Neonatal Intensive Care Units, the daily challenge of allowing adequate growth and nutrition to a newborn with increased macro and micronutrient needs is presented, in addition to promoting recovery from their surgical condition.

The management of the surgical neonate carried out by an interdisciplinary team has shown better results in the administration of nutritional support, fewer clinical complications and hospital costs.

^o Esp. Lic. en Nutrición Pediátrica. Jefa del Servicio de Nutrición y Alimentación. Hospital Pediátrico Humberto Notti, Mendoza, Argentina. ORCID: 0009-0008-9004-5670

^{oo} Esp. Lic. en Nutrición Pediátrica. Jefa de Residentes de Nutrición Clínica Pediátrica. Hospital Pediátrico Humberto Notti, Mendoza, Argentina. ORCID: 0000-0001-8873-3388

Correspondencia: sosa.rominapaola@hotmail.com

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 22 de febrero de 2023.

Aceptado: 11 de abril de 2023.

ARK-CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25916424/yuwfv8mfa>

The objective of this review is to update knowledge about the nutritional treatment of neonates with digestive system surgical pathology.

Keywords: *nutrition; human milk; congenital malformations; nutritional condition; digestive system surgical procedures.*

RESUMO

Patologias gastrointestinais e/ou malformações congênitas geralmente recebem tratamento cirúrgico para sua correção; a nutrição é um componente chave no manejo pós-operatório.

Pacientes com tratamentos cirúrgicos do sistema digestivo são indivíduos vulneráveis com risco de desnutrição durante a internação.

A aplicação de um rastreio nutricional adaptado ao recém-nascido é uma forma rápida, simples e econômica de detectar o risco nutricional.

Nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, apresenta-se o desafio diário de favorecer o crescimento e nutrição adequados a um recém-nascido com necessidades aumentadas de macro e micronutrientes, além de promover a recuperação de sua condição cirúrgica.

O manejo do neonato cirúrgico realizado por equipe interdisciplinar tem apresentado melhores resultados na administração do suporte nutricional, menor complicação clínica e custos hospitalares.

O objetivo desta revisão é atualizar o conhecimento sobre o tratamento nutricional de neonatos com patologia cirúrgica do sistema digestivo.

Palavras-chave: *nutrição; leite humano; malformações congênitas; condição nutricional; procedimentos cirúrgicos do sistema digestivo.*

Cómo citar: Calella R, Sosa R. Nutrición enteral en cirugías neonatales del sistema digestivo. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2023;42:17-23.

INTRODUCCIÓN

El tracto gastrointestinal (TG) se compone de una multitud de estructuras lumbinales que realizan funciones neurales, endocrinas, exocrinas e inmunológicas además de la digestión y absorción de nutrientes.

La maduración estructural y funcional del TG es necesaria para la digestión y absorción de los nutrientes de la leche humana (LH). Además, el desarrollo motor es fundamental para la coordinación de la succión, deglución y respiración, continencia del tono del esfínter gastroesofágico, vaciamiento gástrico y peristaltismo intestinal adecuado.

Los componentes funcionales del TG no se desarrollan simultáneamente; aunque su diferenciación anatómica ocurre dentro de las 20 semanas de edad gestacional (EG), la maduración funcional requiere del peristaltismo y de la succión y deglución coordinadas, que no se definen hasta las 29 a 34 semanas de EG respectivamente.¹ El RN prematuro y aquellos con malformaciones digestivas sometidos a cirugía pueden tener alteradas estas funciones y son individuos vulnerables con riesgo de malnutrición durante su estancia hospitalaria. La aplicación de un cribado nutricional adaptado al neonato, es una forma rápida, sencilla y económica de detectar el riesgo nutricional.²

Las principales entidades que requieren cirugía durante el período neonatal son:³

- Obstrucción intestinal.
- Atresia intestinal (ileal, duodenal, yeyunal, colónica, pilórica).
- Fístula traqueo-esofágica y atresia de esófago.
- Enfermedad de Hirschsprung.
- Íleo meconial.
- Malrotación intestinal y vólvulos intestinales.
- Onfalocele y gastrosquisis.
- Enterocolitis necrotizante (ECN).
- Hernia diafragmática congénita.

El objetivo primario es reparar el órgano dañado y/o malformado, restituir el tránsito intestinal, mantener en lo posible el órgano nativo y la mayor cantidad de intestino posible.⁴ El neonato no es simplemente un niño pequeño; los cuidados perioperatorios requieren especial atención del equipo interdisciplinario.⁵

Las directrices de la Sociedad Europea de Nutrición Enteral y Parenteral (ESPEN) refiere que los aspectos clave de la atención perioperatoria incluyen: la inte-

gración de la nutrición en la gestión global del manejo quirúrgico, evitar largos períodos de ayuno preoperatorio, el uso adecuado de la nutrición parenteral (NP), restablecer la nutrición enteral (NE) tan pronto como sea posible, el control metabólico de la glucosa en sangre y la reducción de los factores que agravan el catabolismo relacionados con el estrés.⁴

PROTOCOLO ERAS

El concepto de recuperación mejorada después de la cirugía (Enhanced recovery after surgery, ERAS) está basado en la evidencia.⁵ La implementación de los protocolos ERAS se asocia con disminución en la duración de la estancia hospitalaria, menor incidencia de complicaciones postoperatorias, y una rápida recuperación.⁶

Este consenso resalta la importancia de iniciar la nutrición enteral trófica (NET) en forma temprana (dentro de las primeras 24 a 48 h posquirúrgicas) cuando sea posible, sin que sea necesario esperar que haya un retorno normal de la función intestinal, por lo que esta práctica ha demostrado ser segura y efectiva.⁷

TOPICACIÓN CON CALOSTRO EN LA OROFARINGE

El calostro es el fluido biológico producido por la glándula mamaria en los primeros días después del parto. Proporciona nutrientes y protección contra patógenos, promueve el desarrollo del sistema inmunitario, equilibra la flora intestinal y asegura el crecimiento, maduración y reparación de los tejidos. Contiene un nivel mayor de proteínas, inmunoglobulina A (IgA) y lactoferrina.⁸⁻¹⁰

En un parto prematuro la exposición de líquido amniótico se detiene bruscamente, y la orofaringe del RN ya no está expuesta a biofactores de protección; sumado a esto, la alimentación se realiza por sonda pasando por alto la mucosa orofaríngea. Una situación similar ocurre con aquellos con patologías quirúrgicas del sistema digestivo, que requieren ayuno prolongado o la situación clínica no permite que se alimenten por vía oral.⁸

Se ha observado que esta ausencia de exposición orofaríngea promueve el crecimiento de microorganismos patógenos, aumenta la permeabilidad intestinal, y el riesgo de ECN y sepsis, por ende, mayor aumento de la morbilidad, así como días en alcanzar la nutrición enteral, tiempo de internación y costos hospitalarios.¹¹

La administración orofaríngea de calostro cada 3 horas durante los primeros 15 días de vida tiene un efecto protector en la reducción de infecciones asociadas a la ventilación mecánica, menor número de días en alcanzar la NE total y se considera una estrategia factible para reducir la ECN.¹⁰⁻¹⁵

USO DE LECHE HUMANA

La composición de la LH es variable; contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del RN. Posee compuestos bioactivos como factores de crecimiento, hormonas y citoquinas que regulan el consumo de energía y la maduración de los órganos, contrarrestan el estrés postquirúrgico, protegen contra infecciones y reducen los procesos inflamatorios.

La LH es la primera elección para la alimentación de los neonatos quirúrgicos; algunos hospitales cuentan con Centros de Lactancia Materna donde la madre asiste para extraerse leche humana cruda (LHC); si no alcanza a cubrir la demanda del neonato o está contraindicada la lactancia, estos centros cuentan con leche humana pasteurizada o donada (LHP).⁷

ALIMENTACIÓN POSTOPERATORIA EN DIFERENTES SITUACIONES

1. Enterocolitis necrotizante pos-resección intestinal

La reintroducción de alimentos por vía enteral después de una ECN quirúrgica depende en la longitud del intestino restante y el estado clínico del paciente. La LH sigue siendo el alimento de elección en esta población. Se recomienda el uso de LHC/LHP, cuando esté disponible, o fórmula semi-elemental o a base de aminoácidos si el paciente es intolerante a fórmulas convencionales para prematuros o de inicio.

La realimentación siempre debe ser gradual, adaptada a la condición y tolerancia de cada paciente; en general se recomienda iniciar con NET (<20 ml/kg/día). La Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN) recomienda avanzar gradualmente de 10 a 20 ml/kg/ día, mientras otros autores sugieren avanzar a un ritmo de 10 a 35 ml/kg/día.¹⁶ Se cree que la alimentación continua no es fisiológica, porque no permite el normal patrón de liberación de hormonas gastrointestinales observado con la alimentación en bolo. A medida que se acerca al volumen objetivo de 80 a 100 ml/kg de NE, la NP puede ser gradualmente disminuida.^{17,18}

2. Presencia de ostomías

La realización de una enterostomía tiene como objetivo la descompresión del intestino; se efectúa también en el caso de que una anastomosis inmediata no sea segura. La Unidad Neonatal del Hospital de Nottingham, cuenta con un grupo de expertos que realizó en base a la metodología Kappa el siguiente algoritmo de tipo de alimentación en presencia de ostomías con el objetivo de darle fiabilidad, validez y objetividad a la indicación nutricional.¹⁹

Se recomienda considerar el uso de NP; en el inicio de la NE como primera elección comenzar con LHC o LHP y en el caso de que no sea posible, las siguientes fórmulas:

- a) Para RN pretérmino o <1,8 kg con >2/3 del intestino delgado hasta la estoma: seleccionar fórmula para prematuros.
- b) Para RN pretérmino o <1,8 kg con <2/3 del intestino delgado hasta el estoma: seleccionar fórmula con hidrolizado extenso de proteínas, rica en triglicéridos de cadena mediana (TCM) y ácidos grasos esenciales, sin lactosa.
- c) Para RN de término o >1,8 kg con >2/3 del intestino delgado hasta el estoma: seleccionar fórmula de inicio.
- d) Para RN de término o >1,8 kg con <2/3 del intestino delgado hasta el estoma: seleccionar fórmula con hidrolizado extenso de proteínas, rica en TCM y ácidos grasos esenciales, sin lactosa.

Los neonatos con estomas yeyunales e ileales altos son propensos a grandes pérdidas de líquidos y la alimentación debe ser progresiva. Las pérdidas de heces deberían ser menores a 20 ml/kg con un volumen enteral de 150 ml/kg. Los neonatos que tengan pérdidas mayores a 20 ml/kg son aceptables, si el paciente tiene una adecuada ganancia de peso, y el uso de NP se acerca a la suspensión. En el caso que el neonato tenga pérdidas mayores a 50 ml/kg, es un indicador de que hay una disminución de la capacidad absorptiva, por lo que es necesario considerar el uso de NP.²⁰

REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS Y MONITOREO DE ELECTROLITOS

Se debe considerar el reemplazo intravenoso de pérdidas de líquidos superiores a 30 ml/kg/día en el caso que no haya una ganancia de peso adecuada. Cuando se produzcan pérdidas por estoma de 20 ml/kg/día, los electrolitos urinarios deben medirse semanalmente.

Un nivel bajo de sodio (Na) en la orina (<20 mmol/L),

incluso con Na sérico normal, sugiere que el recién nacido está tratando de conservar Na e implica que las pérdidas por el ostoma son significativas.

El potasio (K) en orina debe medirse en la misma muestra de orina. Si es más alto que el nivel de Na, podría estar sucediendo un hiperaldosteronismo compensatorio, ya que el cuerpo está conservando Na a expensas de perder K.

En ambas circunstancias, los suplementos de Na generalmente deben comenzar con 3 mmol/kg/día o aumentarse en aproximadamente el 50 % si el bebé ya está recibiendo suplementos adicionales. Los suplementos de Na no deben suspenderse únicamente con Na sérico normal si las pérdidas continúan o si el Na corporal total aún puede ser bajo.

Quimo reciclado

En patologías quirúrgicas digestivas que requieren resección intestinal, se suele realizar doble enterostomía para reposo digestivo. Diversos estudios han demostrado que el reciclaje del quimo desde la extremidad proximal del estoma hacia la distal tiene un beneficio potencial en el intestino distal, como disminuir la atrofia intestinal y la pérdida de electrolitos.¹⁹

Un metaanálisis demostró que los pacientes que recibieron quimo reciclado alimentados con LH tuvieron una mejor ganancia de peso, reducción de los días de NP y la incidencia en el prolapso de la estoma debido al aumento de la fuerza del tejido, aumento en la longitud de las vellosidades y anchos de las criptas.²⁰

Aunque la mayoría de la bibliografía se centra en el efecto de la realimentación en pacientes con síndrome de intestino corto, no se deben subestimar sus efectos beneficiosos en pacientes con intestino de longitud normal.^{4,6-9} Se han propuesto administrar el contenido cada 4 a 6 h, comenzando con pequeños volúmenes hasta lograr el pasaje de todo el quimo reciclado.²⁰⁻²²

3. Gastrosquisis

Diferentes publicaciones muestran un retraso en el inicio de la alimentación enteral, lo que lleva un uso prolongado de NP, en esta patología. Passaro y colaboradores, recomendaron iniciar la alimentación cuando haya presencia de catarsis y ruidos gastrointestinales, teniendo en cuenta además el intestino remanente en el caso que haya resección y el peso de nacimiento.²³

Sin embargo, posteriormente, Hobson y colaboradores²⁴ han publicado un protocolo de alimentación don-

de se plantea la NET dentro de las 48 h post-cierre abdominal con pinzamiento de la sonda durante 1 hora y luego su apertura, sin embargo, no se recomienda el aspirado. Otra de las recomendaciones es el avance de la alimentación en pequeños volúmenes 15 ml/kg/día en forma continua o por bolos sin centrarse en el residuo gástrico y la implementación de la succión no nutritiva o pecho materno si el paciente se encuentra clínicamente estable.

En el caso de que no se logre tolerancia y si el paciente está con alimentación por bolos se recomienda el pasaje a continua y, si continúa sin tolerar, volver al volumen anterior. Se define como mala tolerancia alimentaria cuando hay presencia de 1 a 2 vómitos en un mismo turno, letargia, cambios en la apariencia del abdomen y en los signos vitales asociados a la alimentación.²⁴

Por otra parte, la guía clínica neonatal de Nottingham recomienda comenzar con LHC o LHP y en el caso que no esté disponible, recomienda el uso de una fórmula con aminoácidos hidrolizados y rica en TCM, esto es debido a que puede haber una alteración de la motilidad intestinal y riesgo elevado de ECN.¹⁹

Un estudio retrospectivo demostró que 75 pacientes con diagnóstico de gastrosquisis complicada mayores a 32 semanas de EG y a 1500 g, que recibieron LH exclusiva, llegaron más rápido al aporte enteral y menor duración de la nutrición parenteral.²⁵

Una revisión sistemática que incluyó 3370 neonatos en 44 estudios, concluyó que hay falta de protocolos estandarizados basados en la evidencia, además que la diferencia de protocolos publicados crea confusión y potenciales conflictos en el manejo nutricional de estos pacientes. Asimismo, remarca la importancia de crear protocolos estandarizados para mejores resultados clínicos. Por otra parte, recomienda la introducción temprana de la nutrición enteral, la estimulación de la succión y el uso de LH ya que ha demostrado disminuir los días de internación que son, en promedio, 38 días para gastrosquisis simple y 89 para complejas.²⁶

4. Atresia esofágica

Ante la presencia de atresia esofágica con fístula traqueo-esofágica distal se ha reportado el uso de sonda transanastomótica (STA) con el objetivo de una alimentación temprana y función de *stent* para la anastomosis.²⁷ El consenso europeo de atresia de esófago recomienda la NET rutinaria dentro de las 24 horas postoperatoria a través de la sonda transanastomótica.²⁸

La alimentación enteral temprana después de la anastomosis no aumenta el riesgo de fuga anastomótica posoperatoria, fiebre, emesis y distensión abdominal.²⁹

Los RN con atresia esofágica sin fístula traqueo-esofágica distal generalmente requerirán una gastrostomía. Algunos autores recomiendan el uso de alimentación continua por una capacidad gástrica disminuida.³⁰

5. Atresias duodenales, yeyunales e ileales

En atresias tipo 3a, 3b y 4 puede haber pérdidas de longitud intestinal, y llevar tiempo adaptarse a la nutrición enteral. Un metaanálisis demostró que el uso de NET precoz y realizar progresiones de 20 ml/kg/día, disminuye los días de hospitalización y no ha demostrado un mayor riesgo de dehiscencia de sutura, infección de la herida, vómitos y distensión.¹⁹

SEGUIMIENTO DE LA NUTRICIÓN POSOPERATORIA

Es fundamental destacar en esta etapa del tratamiento el rol del profesional de enfermería, ya que es uno de los actores principales en la evaluación de la tolerancia alimentaria como la presencia de catarsis, diuresis, dolor abdominal, distensión y pérdidas por ileostomía si existiese. Por otro lado, su rol de educadores tiene como fin preparar a los padres y acompañarlos en los cuidados posquirúrgicos y en fomentar la lactancia materna.³⁰

Una vez alcanzado los 80 a 100 ml/kg o el 50 % del volumen objetivo es necesario el uso de fortificadores de leche humana para alcanzar los requerimientos calóricos y proteicos necesarios para la recuperación nutricional. Otro de los aspectos a tener en cuenta es la suplementación adecuada de vitaminas y minerales y el seguimiento integral ambulatorio.²⁴

CONCLUSIÓN

La cirugía es un evento estresante para los neonatos y aún más para los prematuros ya que promueve una respuesta inflamatoria aguda, donde prioriza la síntesis de proteínas de fase aguda sobre el anabolismo muscular y por ello son individuos con alto riesgo de malnutrición.

La condición clínica y quirúrgica guía las opciones de la terapia nutricional. El soporte adecuado consta de NP, calostroterapia perioperatoria, NET precoz y uso de LHC/LHP como primera elección; asegura la cic-

trización posquirúrgica, el crecimiento y desarrollo normal, así como también la prevención de infecciones, la adecuada adaptación intestinal y menos días de hospitalización y costos, por lo cual es prioritaria e indispensable.

REFERENCIAS

1. Pierro A. Metabolism and nutritional support in the surgical neonate. *J Pediatr Surg*. 2002 Jun;37(6):811–22.
2. Lam JY, Howlett A, McLuckie D, Stephen LM, et al. Developing implementation strategies to adopt Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) guidelines. *BJS Open*. 2021 Mar 5;5(2):zraa011.
3. Indrio F, Riezzo G, Cavallo L, Di Mauro A, Francavilla R. Physiological basis of food intolerance in VLBW. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011 Oct;24 Suppl 1:64-6
4. Hanser AR, Puder M. Manual de Cuidados Intensivos en Cirugía Neonatal. Segunda Edición. México: Editorial Médica Panamericana; 2012. Capítulo 2. Pág. 14-21.
5. Zarei-Shargh P, Yuzbashian E, Mehdizadeh-Hakkak A, Khorasanchi Z, et al. Impact of Nutrition Support Team on Postoperative Nutritional Status and Outcome of Patients with Congenital Gastrointestinal Anomalies. *Middle East J Dig Dis*. 2020 Apr;12(2):116-22.
6. Silvino RCAS, Trida VC, Castro ADRV, Neri LCL. Construction and validation of neonatal nutrition risk screening tool. *Rev Paul Pediatr*. 2020 Dec 18;39:e2020026.
7. Greer D, Karunaratne YG, Karpelowsky J, Adams S. Early enteral feeding after pediatric abdominal surgery: A systematic review of the literature. *J Pediatr Surg*. 2020 Jul;55(7):1180-1187.
8. Gila-Diaz A, Arribas SM, Algara A, Martín-Cabrejas MA, et al. A Review of Bioactive Factors in Human Breastmilk: A Focus on Prematurity. *Nutrients*. 2019 Jun 10;11(6):1307.
9. Ceriani Cernadas JM. El calostro y la leche materna en el período neonatal. Sus beneficios siguen aumentando. *Arch Argent Pediatr*. 2018 Aug 1;116(4):234-235.
10. Malerba MC. Uso de calostro como terapia inmunológica en recién nacidos prematuros. *Rev Enferm Neonatal*. Diciembre 2017;25:3-10.
11. Martín-Álvarez E, Diaz-Castro J, Peña-Caballero M, Serrano-López L, et al. Oropharyngeal colostrum positively modulates the inflammatory response in preterm neonates. *Nutrients*. 2020 Feb 5;12(2):413.
12. Nasuf AWA, Ojha S, Dorling J. Oropharyngeal colostrum in preventing mortality and morbidity in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Sep 7;9(9):CD011921.
13. Panchal H, Athalye-Jape G, Patole S. Oropharyngeal Colostrum for Preterm Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adv Nutr*. 2019 Nov 1;10(6):1152-1162.
14. Garofalo NA, Caplan MS. Oropharyngeal Mother's Milk: State of the Science and Influence on Necrotizing Enterocolitis. *Clin Perinatol*. 2019 Mar;46(1):77-88.
15. Ma A, Yang J, Li Y, Zhang X, Kang Y. Oropharyngeal colostrum therapy reduces the incidence of ventilator-associated pneumonia in very low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Res*. 2021 Jan;89(1):54-62.
16. Christian VJ, Polzin E, Welak S. Nutrition Management of Necrotizing Enterocolitis. Vol. 33, Nutrition in Clinical Practice. *Nutr Clin Pract*. 2018 Aug;33(4):476-482.
17. Nacional Institute for Health and Care excellences (NICE), Neonatal parenteral nutrition guideline 2020. [Consulta: 3 de mayo de 2023]. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng154

18. Moltu SJ, Bronsky J, Embleton N, Gerasimidis K, et al. Nutritional Management of the Critically Ill Neonate: A Position Paper of the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2021 Aug 1;73(2):274–89.
19. Nottingham Neonatal Service Clinical Guidelines Group. Jarvis C, Davis B, Budge H. D10-Feeding Neonates with Surgical Problems, April 2012. [Consulta: 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.nuh.nhs.uk/clinical-guidelines>
20. Bhat S, Cameron NR, Sharma P, Bissett IP, O’Grady G. Chyme recycling in the management of small bowel double enterostomy in pediatric and neonatal populations: A systematic review. *Clin Nutr ESPEN.* 2020 Jun;37:1-8.
21. Picot D, Layec S, Seynhaeve E, Dussaulx L, et al. Chyme Reinfusion in Intestinal Failure Related to Temporary Double Enterostomies and Enteroatmospheric Fistulas. *Nutrients.* 2020 May 11;12(5):1376.
22. Liu C, Bhat S, Bissett I, O’Grady G. A review of chyme reinfusion: new tech solutions for age old problems. *Journal of the Royal Society of New Zealand.* 2022. [Consulta: 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/03036758.2022.2117832>
23. Passaro RC, Savoie KB, Huang EY. Use of a Gastroschisis Feeding Guideline to Improve Standardization of Care and Patient Outcomes at an Urban Children’s Hospital. *Nutr Clin Pract.* 2018 Aug;33(4):545–52.
24. Hobson D, Spence K, Trivedi A, Thomas G. Differences in attitudes to feeding post repair of Gastroschisis and development of a standardized feeding protocol. *BMC Pediatr.* 2019 Dec 4;19(1):475.
25. Skarsgard ED. Management of gastroschisis. *Curr Opin Pediatr.* 2016 Jun;28(3):363-9.
26. Ferreira RG, Mendonça CR, Gonçalves Ramos LL, de Abreu Tacon FS, et al. Gastroschisis: a systematic review of diagnosis, prognosis and treatment. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022 Dec;35(25):6199-6212.
27. Wang C, Feng L, Li Y, Ji Y. What is the impact of the use of transanastomotic feeding tube on patients with esophageal atresia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2018 Dec 12;18(1):385.
28. Dingemann C, Eaton S, Aksnes G, Bagolan P, et al. ERNICA Consensus Conference on the Management of Patients with Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fistula: Diagnostics, Preoperative, Operative, and Postoperative Management. *Eur J Pediatr Surg.* 2020 Aug;30(4):326-336.
29. Tian Y, Zhu H, Gulack BC, Alganabi M, et al. Early enteral feeding after intestinal anastomosis in children: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pediatr Surg Int.* 2021 Mar;37(3):403–10.
30. Chattas G. Cuidados Perioperatorios del recién nacido con patología quirúrgica. *Rev Enferm Neonatal.* 2007;2:1-5.

Revisión de técnicas: actualización en la técnica de colocación de sonda gástrica en recién nacidos

Reviewing techniques: update on gastric tube placement technique in newborns

Revisão de técnicas: atualização na técnica de colocação de sonda gástrica em recém-nascidos

Lic. Dilvar dos Santos^o, Esp. Ma. Luisa Videla Balaguer^{oo}

RESUMEN

En los últimos años los estudios han demostrado la frecuente colocación incorrecta de la sonda gástrica en los recién nacidos. Este artículo tiene como objetivo ser una guía en la técnica de colocación y unificar los criterios para la medición a fin de disminuir los riesgos asociados a la ubicación errónea.

La técnica realizada por personal de enfermería neonatal capacitado garantiza la seguridad y confort del neonato. El procedimiento debe seguir las pautas y protocolos establecidos en cada servicio para evitar complicaciones y riesgos innecesarios.

Palabras clave: *nutrición enteral; recién nacido; neonatología; enfermería.*

ABSTRACT

In recent years, studies have shown the frequent incorrect placement of the gastric tube in newborns. This article is intended to be a guide in the placement technique and unify the criteria for measurement in order to reduce the risks associated with erroneous placement.

The technique performed by trained neonatal nursing staff guarantees the safety and comfort of the newborn. The procedure must follow the guidelines and protocols established in each service to avoid complications and unnecessary risks.

Keywords: *enteral nutrition; newborn; neonatology; nursing.*

RESUMO

Nos últimos anos, estudos têm mostrado a frequente colocação incorreta da sonda gástrica em recém-nascidos. Este artigo pretende ser um guia na técnica de colocação e unificar os critérios de medição, a fim de reduzir os riscos associados à colocação errada.

A técnica realizada por equipe de enfermagem neonatal treinada garante a segurança e o conforto do recém-nascido. O procedimento deve seguir as orientações e protocolos estabelecidos em cada serviço para evitar complicações e riscos desnecessários.

Palavras-chave: *nutrição enteral; recém nascido; neonatologia; enfermagem.*

^o Licenciado en Enfermería. Docente colaborador, Diplomatura en Estabilización, Traslado Pediátrico y Neonatal, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. Asesor en Enfermería Neonatal, Centro Asistencia Médica Rivera. Asesor en Enfermería Neonatal, Centro Asistencia Médica Durazno. Asesor en Enfermería de Cuidados de Terapia Intensiva Neonatal, Centro Asistencia Médica Cerro Largo, Uruguay. ORCID: 0009-0003-4626-0748

^{oo} Especialista en Enfermería Neonatal. Supervisora de Neonatología, Sanatorio Tandil, Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0001-6048-6805

Correspondencia: dilvar.dossantos@gmail.com

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 25 de mayo de 2023.

Aceptado: 30 de junio de 2023.

ARK-CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25916424/hzhb8me2d>

Cómo citar: dos Santos D, Videla Balaguer ML. Revisión de técnica: actualización en la técnica de colocación de sonda gástrica en recién nacidos. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2023;42:24-31.

INTRODUCCIÓN

Un procedimiento se describe como una serie ordenada de pasos o acciones que se llevan a cabo con el fin de lograr un objetivo específico. La importancia radica en su contenido para facilitar una guía clara y detallada sobre cómo realizar la intervención. Al seguir un procedimiento establecido, se minimizan las complicaciones y se mejoran los resultados. Para ello es necesario seguir instrucciones sin omitir pasos, reunir el material necesario, conocer y estar atento a las complicaciones para actuar de manera acorde y lograr el objetivo esperado.

La enfermería neonatal es una especialidad que se centraliza en el cuidado y la atención de los recién nacidos (RN), desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida.

La nutrición del RN es una necesidad que debe ser asegurada. Cuando un RN tiene dificultad para succionar, requiere de la colocación de una sonda gástrica (SG) para alimentarse; esta es una de las técnicas de enfermería más frecuentes en neonatología.

Procedimiento

Definición: introducción de una sonda (tubo de longitud, calibre y material determinado) a través de la cavidad oral o nasal hasta el estómago.

Objetivos de la técnica

La colocación de una SG depende de la situación clínica específica y de su tratamiento.

- **Administración de alimentación:** se puede suministrar leche materna, leche artificial o de fórmula directamente en el estómago del RN. Se utiliza cuando un neonato no puede alimentarse por succión o tiene dificultad para succionar.
- **Descompresión gástrica:** en casos de distensión abdominal o acumulación de gases en el estómago, la sonda puede utilizarse para descomprimir el gas, mediante aspiración suave con jeringa o abierta al aire para así mejorar la ventilación, aliviar el malestar del RN y reducir los riesgos del aumento de presión en la cavidad. Esta situación puede presentarse cuando un neonato ha tenido una reanimación prolongada mediante la ventilación con bolsa y máscara.
- **Extracción de contenido gástrico:** se utiliza para fa-

cilitar el débito del contenido gástrico en pacientes prequirúrgicos, quirúrgicos o con patología digestiva, que se encuentren con alimentación enteral suspendida.

- **Administración de medicamentos:** se administran a través de la sonda gástrica para garantizar una dosificación precisa y una absorción adecuada.
- **En procedimientos quirúrgicos:** en la corrección de la atresia de esófago, como tutor de la anastomosis esofágica, o en cirugías abdominales. En estos casos la sonda seleccionada debe ser de larga duración; se enfatizan los cuidados de mantenimiento para evitar el desplazamiento.
- **En ventilación ajustada neuralmente:** conocida por sus siglas en inglés NAVA, en donde la SG una vez colocada detecta la actividad eléctrica del diafragma, y sincroniza el esfuerzo respiratorio del paciente con las ventilaciones programadas por el ventilador.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS Y ABSOLUTAS PARA LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA GÁSTRICA EN RECIÉN NACIDOS

- Malformaciones anatómicas: fistula traqueo-esofágica, atresia de esófago.
- Lesiones o cirugía reciente en la cara o cuello.
- Coagulopatías o trastornos de la coagulación; aumentan el riesgo de sangrado.

DIFERENTES CARACTERÍSTICAS DE LAS SONDAS GÁSTRICAS

Las sondas de silicona están indicadas para RN menores de 1500 g, ya que este material no se endurece dentro del estómago y su flexibilidad evita la producción de lesiones en la mucosa gástrica. Su numeración neonatal es 4 a 6 French. La recomendación de permanencia es de 21 a 30 días.

Las sondas de poliuretano, no se endurecen en el estómago, por lo que son también consideradas sondas de larga duración. Sus medidas son K29 a K35. La recomendación de su duración es de 4 semanas. No se encuentran disponibles en el mercado de la región.

Las sondas de polivinilo se endurecen rápidamente en contacto con el pH ácido del estómago, por lo que son de corta duración al existir riesgo de lesión en la mucosa gástrica. Por este motivo, no son recomendables para RN menores de 1500 g. Su numeración es de K29 a K35. Su duración máxima es de 48-72 h, y se encuentran disponibles en el mercado local.

¿CUÁNDO ELEGIR UNA SONDA OROGÁSTRICA O UNA NASOGÁSTRICA?

Teniendo en cuenta que el RN es un respirador nasal por excelencia es recomendable mantener la vía aérea permeable y libre de dispositivos a fin de no aumentar la resistencia al ingreso del aire. Es de preferencia en neonatología, el uso de la sonda orogástrica.

La sonda nasogástrica es utilizada con mayor frecuencia en adultos y en pediatría. Únicamente se debe utilizar la inserción por narinas cuando la vía aérea está asegurada a través de un dispositivo de ventilación invasiva. En algunas ocasiones, se recomienda cuando el RN prematuro se encuentra en la transición de la alimentación por sonda a succión, para liberar la cavidad oral, mejorar el acople y la coordinación succión-respiración-deglución. Cabe destacar que la sonda nasogástrica está relacionada a mayores complicaciones de piel y de mucosa en comparación con la sonda orogástrica.

MATERIALES

- Sonda gástrica según el objetivo y el paciente
- Guantes
- Fijación: apósito hidrocólico y tela adhesiva
- Tijera
- Cinta métrica
- Jeringa

- Estetoscopio
- Selección del método analgésico
- Rótulo (fecha y operador)
- Tira reactiva

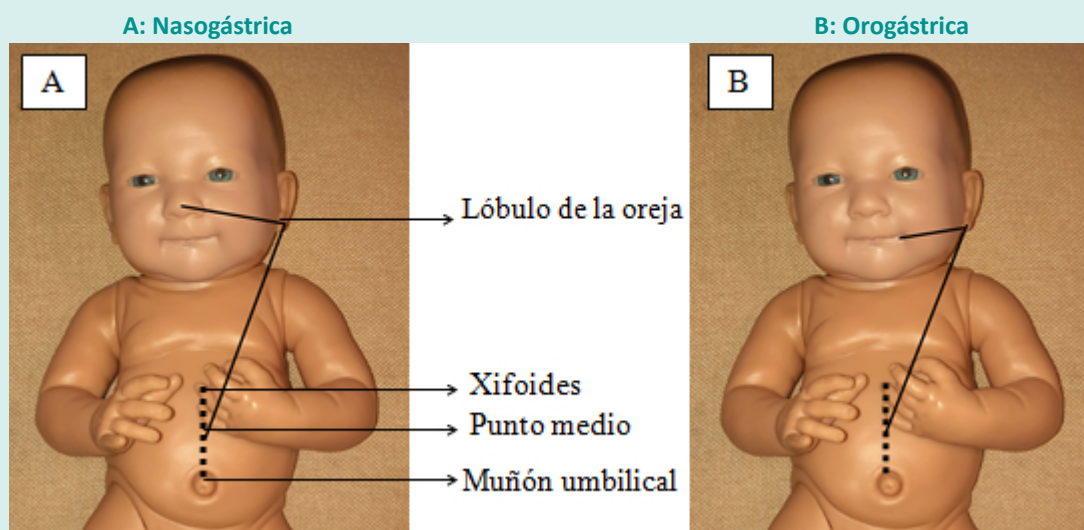
MEDICIÓN DE LA SONDA GÁSTRICA

Método NEMU: es el acrónimo de las palabras en inglés "Nose-Earlobe-Mid Umbilicus" correspondiente a la medición desde la nariz o la comisura de la boca, al lóbulo de la oreja y al punto medio entre el apéndice xifoides y la cicatriz umbilical (Figura 1). En la colocación orogástrica se mide desde la comisura de la boca.

Una revisión sistemática de 2017 sobre el método de medición y verificación de la SG en RN, concluye que el método NEMU asegura la ubicación gástrica validándolo como método de colocación seguro, con un 10 % de colocaciones incorrectas principalmente en menores de 1500 g. Los métodos basados en la edad gestacional, la talla o el peso no presentan evidencia científica para ser recomendados. El método NEMU es el que hoy en día se recomienda en forma general.

En el **método NEX**, por su acrónimo "Nose-Earlobe-Xifoides", la medición se hace desde la nariz o la comisura de la boca, al lóbulo de la oreja y al apéndice xifoides. (Figura 2). La posición incorrecta se presenta en el 31 al 59 % de los casos dentro de la neonatología, desestimándose el uso de la misma. La ubicación

Figura 1. Medición de la sonda gástrica por método NEMU



Fuente: elaboración propia.

en las zonas altas del estómago aumenta el riesgo de reflujo gastroesofágico, vómitos e incluso daño de la mucosa.^{2,5-}

Un trabajo realizado en una muestra de 52 pacientes que requirieron SG en un servicio (Nagra J, 2021) recomienda la técnica NEX sólo para menores de 1000 g y la técnica NEX + 1 cm en RN de 1000 g a 2000 g. Esta recomendación se basó en la observación de SG profundas con el método NEMU en pacientes menores de 2000 g.⁷ Al ser una muestra pequeña, 6 pacientes menores de 1000 g, 30 entre 1000 y 2000 g se requieren de más investigaciones para recomendar únicamente esta técnica; NEMU sigue siendo la de mayor evidencia hasta el momento.

SELECCIÓN DE LA SONDA A UTILIZAR

La selección dependerá del objetivo de la colocación del dispositivo. Como regla se debe utilizar sondas de menor calibre para alimentación o administración de medicamentos, y de mayor calibre para débito o descompresión gástrica. Su material se selecciona según el peso y el tiempo del tratamiento. En caso de colocar por la nariz tener también en cuenta las características del orificio nasal para favorecer la permeabilidad de la vía aérea y evitar lesiones en la mucosa.

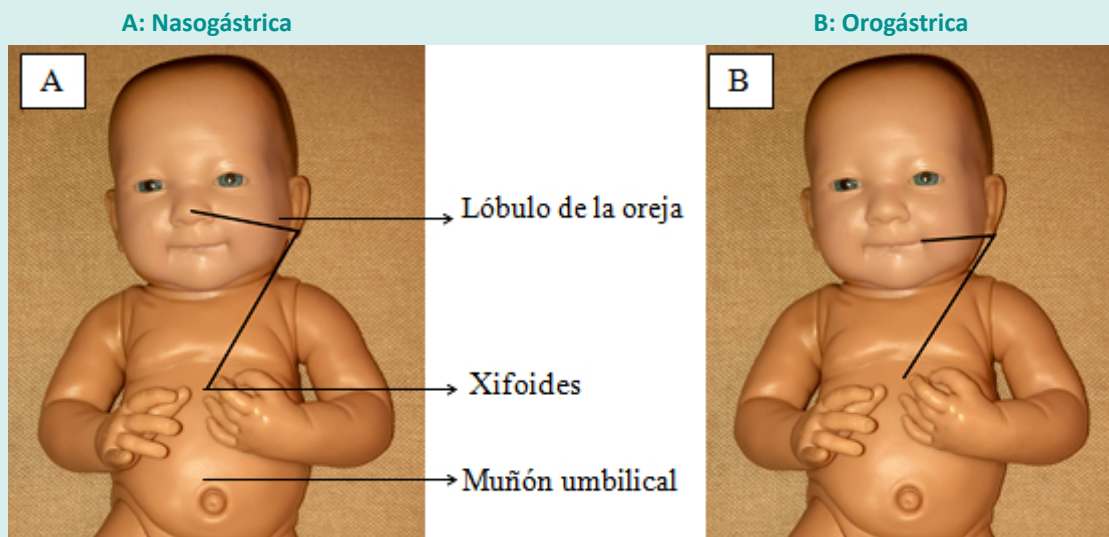
MÉTODO ANALGÉSICO

La colocación de la SG se considera un estímulo doloroso y que ocasiona estrés para el RN por lo cual se recomienda realizar medidas no farmacológicas como la contención, la succión no nutritiva y la administración de sucrosa al 21 %.

TÉCNICA DE INSERCIÓN

1. Preparación: reunir los materiales y posicionar al neonato en decúbito dorsal con la cabecera ligeramente elevada. Ofrecer contención llevando los miembros superiores e inferiores a la flexión y a la línea media.
2. Realizar el lavado de manos y colocar los guantes.
3. Medición de la sonda: medir la longitud de la sonda, de acuerdo con el peso. Luego señalar la longitud medida sobre la sonda con un marcador o con una banda de cinta adhesiva. Corroborar la marca repitiendo la medición (Tabla 1).
4. Lubricar la sonda: sólo la sonda nasogástrica. Aplicar en la punta de la SG agua estéril para facilitar su inserción en caso de progresarla por las narinas. No se recomienda el uso de vaselina; sus componentes son derivados del petróleo y se absorben por las mucosas.
5. Inserción de la sonda: introducir y progresar de forma suave y gradual, y detenerse frente a la re-

Figura 2. Medición de la sonda gástrica por método NEX



Fuente: elaboración propia.

sistencia o dificultad para avanzar. Si es posible, estimular la succión para favorecer la introducción de la sonda. Detener y retirar la SG si se presentan cambio de coloración, descenso de saturometría o accesos de tos; esperar la recuperación del paciente antes de volver a intentarlo.

6. Verificar la posición de la SG: la inyección de aire y su auscultación en la región epigástrica, a pesar de ser una de las técnicas más utilizadas en nuestra región, es considerada una práctica que debería dejar de realizarse, debido a los falsos positivos que puede ocasionar, por las distancias tan pequeñas que hay entre los distintos órganos.⁶

7. En la actualidad el método más seguro es la aspiración del contenido gástrico, la observación de sus características y la medición del pH como una de las técnicas de verificación confiables y objetivas.⁶ Un estudio a doble ciego con 162 recién nacidos que requirieron colocación de una SG, evaluó la ubicación con tiras reactivas y examen radiológico. El estudio concluye que la utilización de la tira reactiva para medición de pH es un método seguro para ser utilizada por enfermería. Un pH $\leq 5,5$ indica una colocación correcta y valores $>5,5$ requieren confirmación radiológica.⁶

La radiografía es el método de verificación más fidedigno, considerada en un 100%.⁶ En la práctica no se irradia a un neonato cada vez que se coloca una SG, sino que se verifica su ubicación en las radiografías de control.











La ecografía, que toma cada vez más un rol crucial en la atención de las terapias intensivas sería un método seguro de verificación, que evitaría la irradiación. Para ello es indispensable la formación de los profesionales de enfermería y médicos en ecografía intensiva.⁶

Tabla 1. Métodos de medición de la sonda gástrica según el peso

PESO	MÉTODO DE MEDICIÓN
< 1000 g	NEMU o NEX
1000 g - 2000 g	NEMU o NEX + 1 cm

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Cortes del hidrocoloide y de la cinta adhesiva según la ubicación y la forma de fijación

UBICACIÓN Y TIPO DE FIJACIÓN	CORTE DE HIDROCOLOIDE	CORTE DE LA CINTA ADHESIVA
Orogástrica en forma de "H"		
Orogástrica en comisura labial		
Orogástrica en mejilla		
Nasogástrica en mejilla		
Nasogástrica en tabique nasal		

Fuente: elaboración propia.

8. Fijación de la sonda: evitar las lesiones en piel por el uso de adhesivos médicos, conocida por sus siglas en inglés MARSÍ (medical adhesive-related skin injuries); se coloca hidrocorticoide sobre la piel del neonato y se fija la SG con cinta adhesiva.⁶

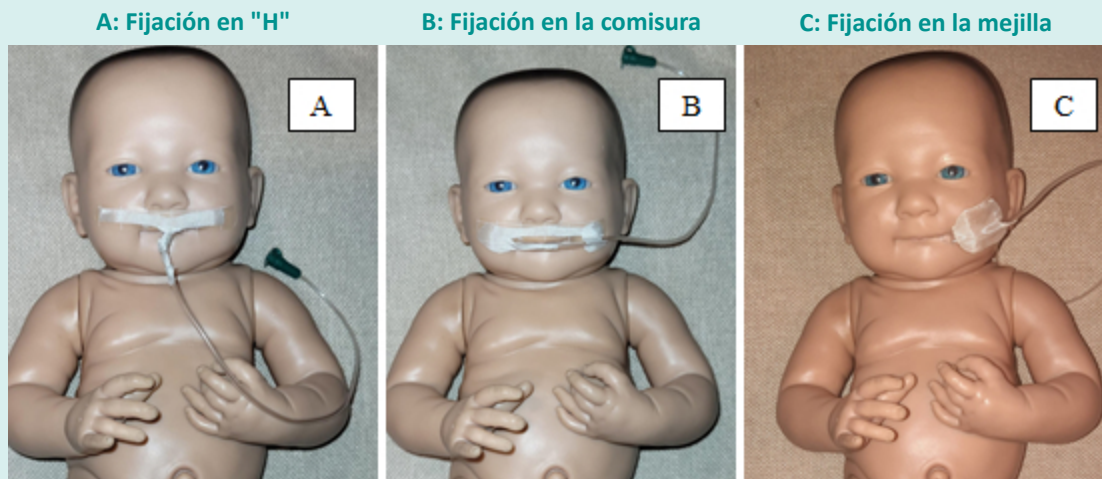
Hay diferentes formas de fijación, se requieren estudios de investigación para evaluar la fijación que minimice el riesgo de desplazamiento y extracción accidental de la SG (Tabla 2, Figuras 3, 4 y 5). Hay autores que recomiendan la fijación en la mejilla, alejada de la zona peribucal, para disminuir los daños en

la musculatura orofacial y no interferir en la succión. Al momento de seleccionar una fijación se requiere evaluar la experiencia de sus cuidadores para aprovechar una fijación con dos dispositivos sin poner en riesgo la ubicación o permanencia de ellos.

9. Rotular: con fecha de colocación y operador a fin de establecer el recambio de SG según sus características.

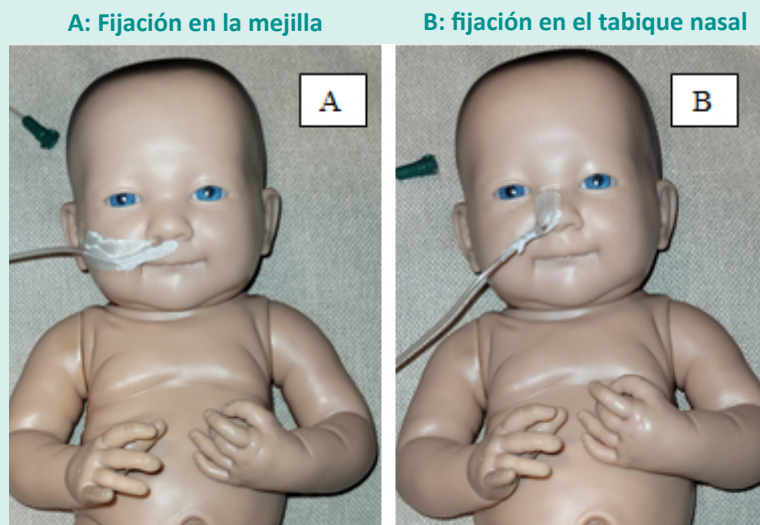
10. Registrar: en la hoja de evolución de enfermería el procedimiento y la respuesta del paciente.

Figura 3. Fijación de la sonda orogástrica en simulador



Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Fijación de la sonda nasogástrica en simulador



Fuente: elaboración propia.

CUIDADOS DE MANTENIMIENTO

- Manipulación limpia: higiene de manos del operador antes y después de realizar algún procedimiento con la SG.
- Posición del RN: colocar en posición *fowler* durante la manipulación.
- Comprobar la posición: observar el punto o cinta de control de inserción en el orificio de la boca o en el orificio nasal.
- Comprobar la fijación: comprobar que esté fijada de manera segura para evitar desplazamiento.
- Limpieza y cuidado: limpiar alrededor de la nariz y de la boca para prevenir la irritación y la contaminación.
- Permeabilidad: después de administrar alimento o medicamento introducir entre 0,5 a 1 cm³ de aire.
- Registro: registrar fecha, hora, longitud de inserción y cualquier observación relevante en la historia clínica; esto permitirá un seguimiento adecuado y una comunicación efectiva.

COMPLICACIONES

Es importante destacar que la colocación debe ser realizada por personal de enfermería capacitado, quién continúa los cuidados y evalúa la necesidad de mantener la SG para considerar su retiro a fin de reducir los riesgos asociados.

- Durante la colocación: tos, náuseas, vómitos, apnea, bradicardia e hipoxia.
- Desplazamiento u obstrucción: puede interferir con la administración correcta de alimentos o medicamentos, e incluso causar reflujo gástrico o aspiración pulmonar, y provocar complicaciones respiratorias.

- Irritación nasal: el tiempo de permanencia puede causar irritación y enrojecimiento de la mucosa.
- Lesión nasal: la inserción incorrecta o brusca causa lesión en la mucosa como irritación, sangrado o ulceración.
- Reflujo gastroesofágico: el uso prolongado puede aumentar el riesgo de reflujo gastroesofágico, causar irritación del esófago y del tracto respiratorio.
- Pérdida del reflejo de succión: el uso prolongado junto con la falta de estimulación oral adecuada puede interferir en el reflejo de succión y/o en su funcionalidad o coordinación.
- Perforación gástrica: por posición incorrecta de la SG.

CONCLUSIÓN

La técnica de colocación de la SG es realizada frecuentemente dentro de la neonatología; esta frecuencia muchas veces minimiza los riesgos que conlleva y la preparación que debe tener el personal de enfermería para poder realizarla y responder a las complicaciones de manera adecuada.

La bibliografía sobre el tema es amplia pero aún hay discusión sobre la técnica exacta de medición en relación con la presentación de lesiones gástricas y la colocación incorrecta es frecuente en las unidades neonatales. El método NEMU es el que cuenta con mayor respaldo de evidencia hasta el momento.

Se requieren estudios sobre los tiempos exactos de intercambio de la sonda gástrica según su material, no sólo con respecto a sus cambios físicos y posibles lesiones, sino también al riesgo de contaminación de las SG a fin de otorgar cuidados seguros al RN que mejoren nuestra calidad de atención.

REFERENCIAS

1. Egan MF. Colocación de sonda orogástrica o nasogástrica. *Rev Enferm Neonatal*. 2007;1:25-26. [Consulta: 12 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.fundasamin.org.ar/archivos/Colocacion%20de%20sonda%20orogastrica%20o%20nasogastrica.pdf>
2. Ibañez Tomás E, Berga Liarte L, Alcalá Millán P, Figuerola Novell J, et al. Colocación de sonda enteral en neonatos: pautas para enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación*. (Internet) 2021. [Consulta: 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/colocacion-de-sonda-enteral-en-neonatos-pautas-para-enfermeria/>
3. Green ML, Walsh BK, Wolf GK, Arnold JH. Electrocardiographic guidance for the placement of gastric feeding tubes: a pediatric case series. *Respir Care*. 2011 Apr;56(4):467-471.

4. Navarro P. Protocolo de elección y colocación de la sonda enteral en neonatos. 2021. [Consulta: 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://campusvygon.com/protocolo-sonda-ne-neonatos/>
5. Parker LA, Withers JH, Talaga E. Comparison of neonatal nursing practices for determining feeding tube insertion length and verifying gastric placement with current best evidence. *Adv Neonatal Care*. 2018 Aug;18(4):307-317.
6. Dias FSB, Emidio SCD, Lopes MHBM, Shimo AKK, et al. Procedures for measuring and verifying gastric tube placement in newborns: an integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017 Jul 10;25:e2908.
7. Nagra JK. Neonatal Orogastic & Nasogastric Tube Placement: Evidence Based Improvement Prospectus. (Internet) 2021. [Consulta: 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repository.usfca.edu/capstone>
8. Grupo de Trabajo de Dolor en Neonatología. Comité de Estudios Feto-Neonatales (CEFEN). Manejo del dolor en Neonatología. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117 Supl 5:S180-S194.
9. Espinosa Fernández MG, González-Pacheco N, Sánchez-Redondo MD, Cernada M, et al. Sedoanalgesia en las unidades neonatales. *An Pediatr (Barc)*. 2021;5(2):126.e1-136.e11.

La unidad neonatal: un espacio de aproximación entre el síndrome de Down y la autoetnografía

The neonatal unit: a space of approximation between Down syndrome and autoethnography

A unidade neonatal: um espaço de aproximação entre a síndrome de Down e a autoetnografia

Luis Alexander Lovera Montilla^o

RESUMEN

Este artículo tiene como punto de partida mi experiencia personal y profesional, en el marco de la escritura y el análisis autoetnográfico que he desarrollado, como el objeto de estudio para mi tesis doctoral. He compilado algunas situaciones vividas relevantes que han estado ahí. El formarme y dedicarme como enfermero neonatal, además de la experiencia de ser padre de un hijo con síndrome de Down, me ha posibilitado brindar apoyo a familias de recién nacidos con diagnóstico de síndrome de Down y confrontarme al mismo tiempo como hombre y enfermero. Este texto tiene la pretensión de mostrar, primero de manera concreta algunos aspectos mínimos sobre el abordaje de la autoetnografía. Segundo, presentar un pequeño fragmento de dos relatos de momentos existenciales, epifánicos. Tercero, conectar lo anterior, con un comentario interpretativo y analítico que establezca una relación entre lo individual y lo colectivo de lo narrado.

Palabras clave: autoetnografía; síndrome de Down; unidad de cuidado intensivo neonatal; recién nacido.

ABSTRACT

This article has as its starting point my personal and professional experience, within the framework of writing and the autoethnographic analysis that I have developed, as the object of study for my doctoral thesis.

I have compiled some relevant lived situations that have been there. Training and dedicating myself as a neonatal nurse, in addition to the experience of being the father of a child with Down syndrome, has enabled me to provide support to families of newborns diagnosed with Down syndrome and confront myself as a man and a nurse at the same time. This text intends to show, first in a concrete way, some minimal aspects about the approach to autoethnography. Second, to present a small fragment of two accounts of existential, epiphanic moments. Third, connect the above, with an interpretive and analytical commentary that establishes a relationship between the individual and the collective of what is narrated.

Keywords: autoethnography; Down syndrome; neonatal intensive care unit; newborn.

RESUMO

Este artigo tem como ponto de partida a minha experiência pessoal e profissional, no âmbito da escrita e da análise autoetnográfica que desenvolvi, como objeto de estudo da minha tese de doutoramento. Compilei algumas situações vividas relevantes que passaram por lá. A formação e dedicação como enfermeira neo-

^o Enfermero Neonatal, Doctorado en Salud. Profesor de la Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, Cali-Colombia. Profesor Asistente de SIBEN. ORCID: 0000-0002-8557-4278

Correspondencia: luis.alexander.lovera@correounivalle.edu.co

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 29 de junio de 2023.

Aceptado: 29 de julio de 2023.

ARK-CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25916424/qavxrfoq3>

natal, além da experiência de ser pai de uma criança com síndrome de Down, me possibilitou dar suporte às famílias de recém-nascidos diagnosticados com síndrome de Down e me confrontar como homem e enfermeira no mesmo tempo. Este texto pretende mostrar, primeiro de forma concreta, alguns aspectos mínimos sobre a abordagem da autoetnografia. Em segundo lugar, apresentar um pequeno fragmento de dois relatos de momentos existenciais epifânicos. Em terceiro lugar, conecte o acima, com um comentário interpretativo e analítico que estabeleça uma relação entre o individual e o coletivo do que é narrado.

Palavras-chave: autoetnografia; síndrome de Down; UTI neonatal; recém-nascido.

Cómo citar: Lovera Montilla LA. La unidad neonatal: un espacio de aproximación entre el síndrome de Down y la autoetnografía. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2023;42:32-37.

INTRODUCCIÓN

La trisomía 21 o síndrome de Down (SD) es considerada la cromosomopatía más frecuente en el mundo.^{1,2} El nacimiento de un hijo involucra uno de los momentos más significativos para los padres y la familia. No obstante, la llegada de un hijo o hija con sospecha o diagnóstico de SD genera cambios en la dinámica familiar³⁻⁵ y, si a lo anterior se le suman las interacciones que se dan entre los equipos de salud materno-perinatal y las familias durante la atención en salud del recién nacido, quizás los cambios y las tensiones serán mayores, tanto en las familias como en los profesionales, en donde se hace necesario conocer y narrar las experiencias.

En las últimas décadas en las ciencias de la salud el uso de la narrativa como una estrategia de acercamiento a las realidades ha venido en aumento.⁶ La forma como se presenta la narración y el motivo de esta, marcan una oportunidad para que otros lean y se releen en el relato; al mismo tiempo, permite mostrar en escenarios, por ejemplo, académicos e institucionales clínicos, otra manera de contar algo.⁷⁻⁹

A modo de introducción en este artículo, mostraré algunos aspectos en relación con el uso del enfoque narrativo escrito en primera persona, específicamente autoetnográfico, en donde, se da un diálogo entre lo individual y lo social,¹⁰ a partir de la descripción de dos relatos situados en el escenario de una unidad de cuidado intensivo neonatal. Para dar un inicio, señalaré que fue necesario como hombre y enfermero neona-

tal formado desde una escuela marcadamente biomédica, intentar distanciarme en las lecturas en asuntos neonatales y al mismo tiempo, de esta perspectiva que solo me imponía esa mirada.

Es así, como a partir de mi ejercicio en el proceso de elaboración de la tesis doctoral, me confronto personal y epistémicamente, para intentar dar respuesta a una de las preguntas de investigación que formulé: ¿Cuál ha sido mi experiencia como padre de un hijo con síndrome de Down y como profesional que apoya a las familias que tienen niños con síndrome de Down? Teniendo claro, y en consecuencia declarando, que había llegado a formular esa pregunta solo por la experiencia del nacimiento de mi segundo hijo con síndrome de Down.

En síntesis, este texto tiene la pretensión de mostrar primero de manera concreta algunos aspectos mínimos sobre el abordaje de la autoetnografía. Segundo, presentar un pequeño fragmento de dos relatos de momentos existenciales, epifânicos y, tercero, conectar lo anterior con un comentario interpretativo y analítico que establezca una relación entre lo individual y lo colectivo de lo narrado; es decir, apelando al concepto de imaginación sociológica, para mostrar los vasos comunicantes entre lo microsocio y lo macrosocio.

ALGUNOS ASPECTOS CONCRETOS SOBRE EL ABORDAJE AUTOETNOGRÁFICO

Antes de mencionar los aspectos de manera concreta, señalaré lo que a mi modo de ver es una entrada a la investigación autoetnográfica, para ello, intentando parafrasear a Tony E. Adams, Stacy Holman Jones y Carolyn Ellis en su texto clásico *Autoethnography*. La investigación autoetnográfica surge entre los años 70 y 80 en consecuencia de las tensiones que se dieron por la forma tradicional y válida de esa época en realizar investigaciones y escribir las mismas. Todas estas tensiones con relación al colonialismo, las diferencias sociales, el respeto por la persona (participante del estudio) entre otras, hizo que se presentara una crisis de representación; esto llevó a que los investigadores se dieran cuenta de los límites de los enunciados sobre el contexto, los participantes, los resultados de las investigaciones y el papel del investigador. Esta crisis motivó a los investigadores a reconocer cómo sus propias vidas, creencias, prácticas y discursos tenían una relación con la investigación.¹¹

La autoetnografía es un enfoque de investigación y escritura que busca describir y analizar de forma sistemática una experiencia personal, con el fin de

comprender la experiencia cultural, histórica y socialmente.¹²⁻¹⁵

Para Ellis y Bochner, autores seminales y promotores de la autoetnografía, esta es una de las rutas metodológicas que permite entender el significado de lo que la gente piensa, siente y hace.¹⁶ En el texto se cuentan relatos sobre la propia experiencia, lo que permite leer una sociedad a través de una biografía.¹⁷

Las epifanías, según Denzin, son sucesos significativos donde ocurre una transformación. Los significados de dichas experiencias son siempre otorgados retrospectivamente, en cuanto ellas son revividas y re-experimentadas en las historias que las personas narran sobre lo que les ha pasado.¹⁸

La autoetnografía se desarrolla a través de un proceso autobiográfico y etnográfico de investigación y escritura que expone múltiples relaciones micro-sociales del investigador que conecta lo personal a lo cultural por medio de la elaboración de un texto evocadoramente interesante que utiliza técnicas a través de las que es posible mostrar los pensamientos, emociones y acciones de quienes las protagonizan con el fin de que experimenten esa misma experiencia o una parte de ella.¹⁴⁻¹⁹

FRAGMENTO PRIMERO: EL BEBÉ SIN ROSTRO

“Escuchar es tan importante para captar la comprensión narrativa de una situación clínica, como contar la historia”.

(Patricia Benner)

Debo declarar que llegué a este tema de investigación por asuntos de la vida. Aunque mi mayor parte del tiempo laboral como enfermero la he dedicado a los recién nacidos y sus familias, el tema del síndrome de Down fue extraño para mí, antes de la llegada de mi segundo hijo.

Ese turno nocturno en el Hospital Universitario del Valle fue muy distinto. Tuve a cargo, para brindar cuidado a tres recién nacidos complicados quirúrgicamente. Uno de ellos, tenía una semiamputación en la región de la cara, más específicamente, en los ojos y la nariz. Ese bebé sin rostro, causado por el síndrome de bandas amnióticas que mis ojos presenciaron y, al cual, yo como enfermero neonatal intenté cuidar, junto con los otros dos recién nacidos; esa imagen, me persiguió cada segundo de esas 12 horas que duró ese turno. Pues, en una de las tantas ecografías de alta resolución y Doppler que se le hizo al cuerpo de mi esposa en la etapa prenatal para explorar

el estado de salud de mi hijo, se encontró una sospecha del síndrome de bandas amnióticas. Sería la cuarta ecografía que realizábamos —yo, simplemente acompañándola, pero era su cuerpo el que lo sentía—, dado que la impresión diagnóstica de los anteriores ultrasonidos era diferente una de otra, lo que aumentaba nuestra incertidumbre.

Ahora, cada vez que me acercaba a ese bebé sin rostro para cuidarlo, para administrar sus medicamentos, controlarlo, limpiarlo, canalizarlo, brindarle confort y conectarme supuestamente con él, me confrontaba en una lucha interior que tuve como enfermero y padre al mismo tiempo. En él, veía el rostro de mi hijo que aún no nacía; es decir, dos bebés sin rostro estaba viendo. Uno, el recién nacido que estaba allí hospitalizado en una incubadora, y el otro, una imagen, simplemente una imagen de un hijo sin rostro.

De modo que no fue fácil resolver esta situación; recuerdo que estuve muy callado, aislado; de por sí, ese cubículo donde estaban esos tres bebés estaba aislado de los otros recién nacidos. Por más que se peleó, con una situación como esta, es difícil no interiorizar. Para que no me vieran llorar, durante el turno, me cubría con tapabocas, gorros y gafas, y al que se atrevía a preguntarme por qué los utilizaba, mi respuesta era simple, para apaciguar el frío. Por supuesto, que tenía razón, había un verdadero frío, y no precisamente el que tiene que ver con el control térmico, ni la termorregulación, sino con el frío del corazón. De modo que, en determinadas circunstancias, esas interacciones entre nuestros cuerpos, los otros, los imaginarios y nuestras realidades, se plantean unos escenarios diferentes, en los cuales, la alteridad entre cuidador y ser cuidado, se hace presente.

FRAGMENTO SEGUNDO: UNAS PALABRAS DE ALIENTO

“Cuento historias, el peligro que implica la existencia de una sola historia, en un tema que es de ida y vuelta. El que la cuenta la impone, el que la recibe puede creerse que es la única”.

(Chimamanda Adichie)

Llegado el medio día de ese 19 de marzo, mi hijo había ya nacido. En una mesa de calor radiante estábamos él y yo. Al mirarlo, vi en sus ojos tan pequeños tanta fragilidad y ternura. Había llegado al mundo con 26 semanas de gestación y un peso de 1000 gramos. Venía ya cianótico, lucía muy mal, se quejaba mucho, como si se estuviera muriendo, de hecho, ¡se estaba muriendo! y yo, ahí inmóvil y confundido con la vida y conmi-

go mismo, arrodillado ante Dios y ante él, pidiéndole perdón por todo lo que estaba pasando allí y por lo que había pasado días anteriores. ¡Sí, por todo! Porque habíamos intentado quitarle la vida. En el mismo cuarto donde nos encontrábamos todos, incluyendo a mi esposa, que observaba en una esquina con su rostro angustiado y agónico la escena. Del mismo modo, todos estaban observando lo que sucedía, quizás cada uno experimentó e interpretó desde su postura la situación.

Recuerdo la mano suave y delicada que aquella enfermera en sala de partos, depositó en mi hombro ese día. Sentí que no estaba solo, y que alguien, sin importar lo que pensara, estaba ahí; no solo fue su energía, sino al mismo tiempo, las palabras que esa mujer expresó ese día y que yo desconocía, pero entendimos que nos estaba cuidando. Su voz y el contenido de lo que nos expresaba fue lo que nos hicieron –a mi esposa y a mí– sentir un poco más livianos; es decir, asimilamos por lo menos que, alguien nos entendía. Nos preguntó respetuosamente, acerca del propósito de lo que estaba sucediendo y arropándonos, estimulando la dimensión de la fe y las creencias. Esas palabras penetraron en nuestra humanidad, no solo como madre y padre, sino también como profesionales de salud.

COMENTARIO

En situaciones cuando se está, por ejemplo, al cuidado al final de la vida o cuando en ocasiones los diagnósticos son complicados y la familia tiene que hacer ajustes para el cuidado posterior en casa, algunas de estas palabras y discursos son incorporados y aprendidos a través de la experiencia en las unidades neonatales, tras ver las múltiples situaciones que experimentan las familias. Ante un evento en torno a la salud de una persona, la autopercepción de algún cambio en la experiencia corporal y anímica irrumpe en el acontecer diario de las mismas.²⁰

En el proceso de una gestación, parto y puerperio la comunicación adquiere no solo un valor en el orden social, sino también un valor terapéutico. La calidad de la atención afectiva entre los miembros del equipo de salud y la mujer puede influir sobre su salud.²¹ Por esa razón, existe una necesidad ante la presencia de eventos en salud, como el nacimiento de un hijo con una necesidad especial, ante la cual el personal sanitario tenga competencias en procesos comunicativos.

Los sistemas médicos, desde las ciencias sociales, son representaciones y prácticas socialmente construidas sobre asuntos alrededor de la salud, anclados a relaciones personales e institucionales que lo constituyen. Estos engloban representaciones, dinámicas de roles entre terapeutas y pacientes.²²

En ese mismo sentido, las enfermeras y enfermeros tienen responsabilidades clínicas con pacientes y familiares que requieren fuertes habilidades comunicativas y terapéuticas en su práctica.^{23,24}

Es así, como aparece en el relato, sobre todo en el segundo fragmento, la noción de situación de enfermería, como una categoría analítica. Según Boykin y Schoenhoffer, la noción de situación de enfermería es fuente y contexto de conocimiento para la enfermera. Las situaciones de enfermería son interacciones entre los sujetos del cuidado y la enfermera, cuyo resultado es el crecimiento de las partes que interactúan en la situación.²⁵

Es una experiencia de vida compartida en la cual la enfermera se une al proceso de vida de la persona cuidada e igualmente trae su proceso de vida a esta relación.²⁶ En este sentido, el acto de conectarse tanto física como emocionalmente con el otro, a través de la práctica de enfermería dentro de un contexto de cuidado de persona a persona, donde el cuidar es la presencia intencional y auténtica de la enfermera con otra persona.²⁷ Esto lleva a un conocimiento de enfermería que es creado y entendido dentro de la situación de enfermería a partir de narraciones que dan sentido a lo vivido intersubjetivamente en un proceso de práctica reflexiva que guía a las enfermeras a mejorar las intervenciones futuras a través de la comprensión de las acciones y procesos inherentes a las historias narrativas.^{28,29}

CONCLUSIÓN

La autoetnografía es una metodología de investigación cualitativa que tiene como objetivo problematizar las tensiones entre el yo (auto) y lo colectivo (etno) en el acto de escribir (grafía). Problematizar desde lo ontológico y epistémico facilita el desarrollo de investigaciones en asuntos de salud, en donde las narrativas en primera persona describen y analizan lo individual y su resonancia colectiva en un entorno social, cultural y político. Además, sirven para ampliar nuestro horizonte en el entendimiento de las diversas problemáticas en salud y, al mismo tiempo, para abrirse a otras maneras de afrontarlas desde la investigación y la escritura.

REFERENCIAS

1. Antonarakis SE, Skotko BG, Rafii MS, Strydom A, et al. Down syndrome. *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Feb 6;6(1):9.
2. Ballard C, Mobley W, Hardy J, Williams G, Corbett A. Dementia in Down's syndrome. *Lancet Neurol*. 2016 May;15(6):622-36.
3. Kazal HR, Flanagan PJ, Mello MJ, Monteiro K, Goldman RE. Birth Stories, Support, and Perinatal Emotional Health among Minority Adolescent Mothers: A Mixed Methods Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2021 Dec;34(6):847-56.
4. Joyce S. Wait and transfer, curate and prosume: Women's social experiences of birth spaces architecture. *Women Birth*. 2021 Nov;34(6):540-53.
5. Lee A, Knafl K, Van Riper M. Family Variables and Quality of Life in Children with Down Syndrome: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 7;18(2):419.
6. Gil Castaneda AI, Ramírez Julcarima MN, Reyes Acuña C, Gallardo Camus P, et al. Cuidados al final de la vida en neonatología. Capítulo de Enfermería de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología SIBEN. Santiago de Chile: Edisiben; 2015. [Consulta: 1 de julio de 2023]. Disponible en: www.siben.net.
7. Lovera Montilla LA. Una vivencia, una enseñanza de vida: una aproximación desde la autoetnografía. *Cul. Cuid*. [Internet]. 2022 Jul; 26(63):153-67. [Consulta: 6 de julio de 2023]. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2022-n63-Una-vivencia-una-ense%C3%B1anza-de-vida-una-aproximaci%C3%B3n-d>
8. Neto IG. Palliative care and its own identity, through an autoethnography: do you recognize these patterns? *Palliat Care Soc Pract*. 2022 Sep 14;16:26323524221122346.
9. Coret A, Perrella A, Regehr G, Farrell L. Practicing Confidence: An Autoethnographic Exploration of the First Years as Physicians. *Teach Learn Med*. 2023 Apr 18;1-11.
10. Bénard Calva SM. Autoetnografía. Una metodología cualitativa. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2019. 212 p.
11. Adams T, Holman Jones S, Ellis C. Autoethnography. USA: Oxford University Press; 2015. 217 p.
12. Adams T. Narrating the closet : an autoethnography of same-sex attraction. 1st Ed.. New York: Left Coast Press, Inc.; 2011. 216 p.
13. Ellis C. The Ethnographic I : A Methodological Novel about Autoethnography Walnut Creek. California: Altamira Press; 2004. 384 p.
14. Ellis C, Adams TE, Bochner AP. Autoethnography: An Overview. *Hist Soc Res Hist Sozialforschung*. 2011;36(4):273-90.
15. Singer M. La autoetnografía como posibilidad metodológica (y ético-política) para el abordaje situado y en clave feminista de experiencias de exploración con la corporalidad. Reflexiones a partir de un caso de estudio. Millcayac. *Rev Digit Cienc Soc*. 2019;6(11):109-34.
16. Bochner AP. It's About Time: Narrative and the Divided Self. *Qual Inq*. 1997 Dic;3(4):418-38.
17. Richardson L, St. Pierre EA. Writing: A Method of Inquiry. En: The Sage handbook of qualitative research, 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd; 2005. p. 959-78.
18. Denzin NK, Giardina MD. Qualitative Inquiry and the Politics of Research. New York: Routledge; 2015. 215 p.
19. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE Handbook of Qualitative Research. 4th ed. CA: SAGE; 2011. 766 p.

20. Olmos A. Entre médicos y sanadores: gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino. *Salud Colect.* 2018 Apr-Jun;14(2):225-240.
21. Peñalver SAG, Borges DL. La comunicación, componente humanizador en el proceso del parto. *Rev Ciencias Médicas.* 2019;23(1):3-4.
22. Garro LC. Hallowell's challenge: Explanations of illness and cross-cultural research. *Anthropol Theory.* 2002 Mar;2(1):77-97.
23. Coles E, Wells M, Maxwell M, Harris FM, et al. The influence of contextual factors on healthcare quality improvement initiatives: what works, for whom and in what setting? Protocol for a realist review. *Syst Rev.* 2017 Dec;6(1):168-177.
24. Buller H, Virani R, Malloy P, Paice J. End-of-Life Nursing and Education Consortium Communication Curriculum for Nurses. *J Hosp Palliat Nurs.* 2019 Apr;21(2):E5-E12.
25. Boykin A, Schoenhoffer S, editores. Theory of nursing as caring. En: Nursing theories & nursing practice. Fourth edition. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company; 2015. p. 341-56.
26. Gómez Ramírez OJ, Gutiérrez de Reales E. La situación de enfermería. La narrativa como medio para comunicarla: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2011. 337 p.
27. Mudd A, Feo R, Conroy T, Kitson A. Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. *J Clin Nurs.* 2020 Oct;29:3652-3666.
28. Fitzpatrick JJ. Narrative Nursing: Applications in Practice, Education, and Research. *Appl Nurs Res.* 2017 Oct;37:67.
29. Wang CC, Geale SK. The power of story: Narrative inquiry as a methodology in nursing research. *Int J Nurs Sci.* 2015;2(2):195-8.

Un relato de experiencia. La fragilidad de la vida: nacer y morir en tiempos de pandemia

A story of experience. The fragility of life: being born and dying in times of pandemic

Um relato de experiência. A fragilidade da vida: nascer e morrer em tempos de pandemia

Esp. Ingrit Lorena Montoya Fernández °

RESUMEN

El presente artículo pretende describir la vivencia del cuidado de enfermería, dedicado a un recién nacido pretérmino y sus padres, en el año 2021 durante la pandemia por la COVID-19, en una unidad de cuidado intensivo neonatal, de un hospital universitario de la ciudad de Cali-Colombia. Para describir la vivencia de cuidado de enfermería, se plantearon las siguientes categorías de análisis: a). El confinamiento: la separación del trinomio, b). Nacer y morir en tiempos de pandemia, c). Final de la vida neonatal: una mirada desde la teoría de los cuidados. Sin duda alguna, momentos de cuidado como estos, dignifican la vida de las personas que interactúan en el inicio y el final de la vida, las cuales se fundamentaron teóricamente desde la perspectiva de Kristen Swanson.

Palabras clave: atención de enfermería; enfermería de cuidados paliativos al final de la vida; unidades de Cuidado Intensivo Neonatales; COVID-19; recién nacido prematuro; teléfono celular.

ABSTRACT

This article aims to describe the experience of nursing care, dedicated to a preterm newborn and his parents,

in the year 2021 during the COVID-19 pandemic, in a NICU, of a university hospital in the city of Cali, Colombia. To describe the experience of nursing care, the following analysis categories were proposed: a). The confinement: the separation of the trinomial, b). Being born and dying in times of pandemic, c). Neonatal end of life: a look from the theory of care. Without a doubt, moments of care like these dignify the lives of the people who interact at the beginning and end of life, which were based theoretically from the perspective of Kristen Swanson.

Keywords: nursing care; hospice and palliative care nursing; Intensive Care Units, Neonatal; COVID-19; premature, infant; cell phone.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo descrever a experiência do cuidado de enfermagem, dedicado a um recém-nascido prematuro e seus pais, no ano de 2021 durante a pandemia de COVID-19, em uma unidade de terapia intensiva neonatal, de um hospital universitário na cidade de Cali, Colômbia. Para descrever a vivência do cuidado de enfermagem, foram propostas as seguintes categorias de análise: a) O confinamento: a sepa-

° Enfermera. Especialista en Enfermería Neonatal. Magíster en Enfermería. Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, Cali, Colombia. ORCID: 0000-0003-0902-6111

Correspondencia: ingrit.montoya@correounivalle.edu.co

Conflicto de interés: ninguno que declarar.

Recibido: 28 de abril de 2023.

Aceptado: 30 de mayo de 2023.

ARK-CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25916424/j6sh9kj0c>

ração do trinômio; b) Nascer e morrer em tempos de pandemia; c) Fim de vida neonatal: um olhar a partir da teoria dos cuidados.

Sem dúvida, momentos de cuidado como esses dignificam a vida das pessoas que interagem no início e no final da vida, as quais se fundamentaram teoricamente na perspectiva de Kristen Swanson.

Palavras-chave: cuidado de enfermagem; cuidados paliativos de fim de vida; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; COVID-19; recém-nascido prematuro; telefone celular.

Cómo citar: Montoya Fernández IL. Un relato de experiencia. La fragilidad de la vida: nacer y morir en tiempos de pandemia. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2023;42:38-44.

RELATO

... La madre y el recién nacido se encontraban hospitalizados, ambos con diagnóstico confirmado por prueba de PCR para COVID-19. El padre debía cumplir el aislamiento obligatorio en su casa. Fueron separados desde el preciso momento en que Luz llegó a este mundo. Diversas inquietudes y reacciones emocionales acompañaban a los padres, en torno a comprender el diagnóstico y el cuadro clínico de la recién nacida, su posibilidad de supervivencia y el fuerte deseo de conocerla. El nacimiento prematuro, junto con sus riesgos, hicieron que Luz, tuviera una breve y solitaria vida de siete días, en los cuales, la incubadora y las intervenciones de las enfermeras, fueron las únicas interacciones que pudo compartir con el mundo, fuera del vientre materno; así vivió por esos días está recién nacida llamada Luz...

EL CONFINAMIENTO: LA SEPARACIÓN DEL TRINOMIO MADRE, PADRE E HIJO

A finales del mes de enero del año 2020, la Organización Mundial de la Salud -OMS-, declaró la emergencia en salud pública, secundaria a la infección causada por el coronavirus 2, del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), la cual denominaron COVID-19, en vista de que representaba alto riesgo para las personas en todo el mundo, principalmente en los países vulnerables.¹

La modificación en los protocolos de atención a las personas hospitalizadas y el miedo al contagio, hizo que los profesionales de la salud fueran agredidos o

discriminados en las calles y/o el transporte público, incrementando así, las alteraciones del sueño, la ansiedad, el miedo y la tristeza por enfermarse o contagiar a sus propios familiares.²

Diversas organizaciones a nivel mundial y local, acompañaron a los profesionales de la salud mediante constantes investigaciones y actualizaciones, tal como la Organización Mundial de la Salud (OMS),³ el Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF),⁴ la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN),⁵ y la Asociación Colombiana de Neonatología (ASCON),⁶ entre otras, quienes asumieron un papel activo acompañando y valorando el esfuerzo de los profesionales del equipo de salud neonatal, aún en situaciones de crisis e incertidumbre, al mismo tiempo que defendían el cuidado de los recién nacidos y sus familias.

Mientras el personal de primera línea experimentaba cambios en sus ritmos de trabajo, resultó lógico que las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN), extremaran las medidas en torno a la protección de los recién nacidos hospitalizados, así como en las salas de atención del parto, para aquellos nacidos de madre con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19. En esos momentos, los estudios demostraban que las madres sintomáticas tenían más probabilidades de experimentar un parto prematuro y que sus recién nacidos requirieran cuidados intensivos.⁷ Dado lo anterior, en el inicio de la emergencia sanitaria, se definió políticamente interrumpir abruptamente el vínculo afectivo, al separar la triada para cumplir con las medidas de aislamiento.

Ahora bien, continúa siendo controversial la transmisión vertical^{8,9} ya que, hasta el momento, no existe evidencia contundente que compruebe su existencia. Alzamora et al., reportaron el caso de un recién nacido con pinzamiento temprano de cordón, ausencia de contacto piel a piel y puesto en aislamiento, que resultó positivo a pesar de dichas medidas. Sin embargo, por tratarse de un solo caso es insuficiente para confirmar la transmisión vertical y los autores no descartan la posibilidad de transmisión horizontal posnatal.¹⁰

Cabe mencionar, que parte de los efectos negativos de la separación del neonatos y sus padres -en especial con la madre- consiste en la interrupción de la lactancia materna.¹¹ El estudio de Minckas et al. publicado en 2021, demostró que el beneficio de proporcionar el método madre canguro a los neonatos con peso ≤ 2000 g, es de 65 a 630 veces mayor que el riesgo de morir por COVID-19, aun cuando se incluyen cuidados como la lactancia materna y el contacto piel a piel.¹²

Finalmente, las UCIN se enfrentaron a la difícil tarea

de brindar cuidado de calidad a los bebés y sus padres, al tiempo que cuidaban la triada y al mismo personal asistencial. Al momento se sabe que lo más importante es preservar la triada unida mientras se fomenta la lactancia materna y el contacto piel a piel.^{13,14}

NACER Y MORIR EN TIEMPOS DE PANDEMIA

En enero de 2021 nace Luz. Fue necesaria una cesárea de emergencia, puesto que la madre se encontraba en condiciones críticas de salud debido a una neumonía por COVID-19. Fue una recién nacida prematura extrema de 26 semanas de gestación que, desde el nacimiento, había sido diagnosticada positiva para COVID-19. Aislada dentro de una incubadora en la UCIN de Cali-Colombia, Sudamérica, y quien, con tan solo una semana de vida, se encontraba transitando el final de su vida. La madre por su parte, algo más estable, con un sistema de oxígeno de alto flujo, cumplía con el aislamiento en la misma institución, pero en la distante unidad de cuidado respiratorio, respetando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.¹⁵

Por otro lado, el padre también con diagnóstico positivo para COVID-19, debía cumplir el aislamiento en casa. Como enfermera de la UCIN, me encontraba frente a mis sujetos de cuidado, con la necesidad de humanizar su atención, a través del acompañamiento en el final de la vida.

Simultáneamente, yo, una enfermera con entrenamiento en cuidado paliativo perinatal y neonatal, además, con experiencia en acompañamiento a familias y bebés al final de la vida dentro de la UCIN, me encontraba conmovida, sintiendo compasión hacia Luz, y, sobre todo, por la madre, quién estando separada de su hija, evidenciaba el inmenso deseo de hablar, abrazar y besar a su pequeña hija. No se habían visto personalmente desde los escasos segundos que pudieron compartir en el nacimiento, antes que el equipo de la UCIN ofreciera sus cuidados iniciales, la intubación orotraqueal y el ingreso a la incubadora de transporte, por medio de la cual, sin saberlo, se separarían para siempre.

Así fue revelada la gran necesidad de ambas: conocerse y despedirse; una hija que necesita de su madre, llegar al mundo a través de ella y despedirse, habiendo escuchado su mensaje de adiós. Una madre que necesita de su hija, despedirse de aquella imagen que recreó en su mente durante la gestación, del confuso recuerdo de su hija, y de la esperanza de la maternidad que creció con cada semana de gestación.

FINAL DE LA VIDA NEONATAL: UNA MIRADA DESDE LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON

Este apartado pretende mostrar, cómo intenté acompañar y cuidar a una familia que despidió a su hija recién nacida, desde la virtualidad con el uso de una videollamada desde un teléfono celular, a partir de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson,¹⁶ dando así respuesta a las necesidades del trinomio madre, padre e hijo, en tan difícil momento. A continuación, se presentan los postulados teóricos y su expresión empírica:

Mantener las creencias: los padres evidenciaron que su fe estaba puesta en el deseo de conocer a su hija, poder expresar su amor hacia ella, hablar acerca de los planes que no fueron y no serán, debido a su pronta partida. Emitieron mensajes de tranquilidad, para que transitara el final de la vida, de la mejor manera posible. De este modo, Swanson, plantea mantener las creencias, mientras se ofrece un optimismo realista: conocerla y despedirla en el mismo momento, ayudando a encontrar el significado de esta experiencia y acompañando a la familia, cuidada en todo momento por difícil que sea la situación.

Conocer: para los padres fue difícil y doloroso enfrentarse al drástico cambio de planes que surgió con el diagnóstico confirmado por prueba PCR para COVID-19, la hospitalización, el nacimiento prematuro de Luz, el confinamiento que interrumpió el conocerse y finalmente la despedida de una hija a la que no podrán llevar a casa. Para Swanson, *Conocer* es adentrarse en la dinámica de una familia, conocerlos desde el respeto y entender sus necesidades sin levantar prejuicios.

Estar con: acompañar a través de una videollamada realizada desde un teléfono celular, estableciendo una comunicación más allá del plano físico, con una conexión emocional desde el momento de la noticia de que su hija se encontraba en críticas condiciones de salud, durante su transición por el final de la vida. Posteriormente, en un encuentro presencial, se entregó a la madre, una caja que contenía recuerdos físicos de su hija (huellas, cabello, fotografías). Desde la Teoría de Swanson, *Estar con* incluye transmitir disponibilidad y compartir sentimientos.

Hacer por: significa hacer por otros lo que se haría para uno mismo, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia, del mismo modo proteger al que es cuidado, respetando así su dignidad. A continuación, se enuncian las acciones que nutren este postulado:

- a) Solicitud de permisos: se obtuvo negativa para el encuentro presencial, por parte de la coordinación de la UCIN y posteriormente por el comité de infecciones de la institución.
- b) Información: a través de una llamada, se informó acerca del crítico estado de salud de la bebé y las altas probabilidades de fallecer; se planeó el encuentro asistido por tecnología.
- c) Acompañamiento: la psicóloga del equipo de cuidados paliativos y la enfermera con entrenamiento en duelo perinatal y neonatal, asumieron un rol de dirigir y acompañar la despedida, ofreciendo soporte emocional y facilitando la expresión de sentimientos.
- d) Búsqueda de ayuda: la enfermera asistencial a cargo del cuidado de Luz, fue la encargada de vestir los elementos de protección personal e ingresar al cubículo para ubicar el teléfono celular por encima del acrílico de la incubadora para que se concretara la videollamada.

Posibilitar: se gestionó el acompañamiento de una profesional en psicología con entrenamiento en duelo perinatal. Así mismo, en la búsqueda de honrar la memoria de Luz, se completó una caja con sus recuerdos físicos (mechón de cabello, huellas y fotografías), la cual fue entregada de manera presencial a la madre en su respectivo lugar de hospitalización, simbolizando así, la presencia de Luz. Para Swanson, *Posibilitar* es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando y validando los sentimientos de la persona cuidada.

PUNTOS CLAVE EN EL ACOMPAÑAMIENTO

- El rol del profesional de enfermería frente al cuidado al final de la vida debe incluir cuidados de confort hacia el sujeto de cuidado, atención centrada en la familia y la articulación de su rol con el equipo transdisciplinario.^{18,19}
- El entrenamiento del personal de salud en cuidados paliativos perinatales/neonatales, acompañamiento en el final de la vida, duelo, comunicación y trabajo colaborativo -transdisciplinar-, son cruciales para ofrecer un cuidado de calidad, a la vez que previenen y disminuyen la fatiga por compasión en los profesionales del área perinatal y neonatal.²⁰⁻²²
- Los profesionales de la salud mental en el área perinatal son fuente de apoyo para la familia y los profesionales que laboran en la UCIN.²³
- Las instituciones de salud deben mostrar su compromiso con el cuidado de los bebés con condicio-

nes que limitan la vida o al final de esta, proporcionando guías y protocolos de cuidado, que respeten su dignidad y garanticen la mejor calidad de vida posible para ellos.^{24,25}

- Las fotografías de duelo son una estrategia de bajo costo, fáciles de implementar en las UCIN para crear recuerdos duraderos, entre el bebé y sus padres.^{26,27}
- La pandemia transformó las normas para los padres dentro de la UCIN, sin embargo, al momento se sabe que favorecer la permanencia y el contacto entre el trinomio, facilita la despedida y la elaboración del duelo.²⁸

CONCLUSIONES

El presente documento expone cómo, a partir de una vivencia de cuidado de enfermería al final de la vida neonatal, en un contexto de confinamiento, es posible aplicar una teoría de enfermería, y cómo la misma soporta el ejercicio de cuidar y acompañar a otros en momentos difíciles.

Uno de los momentos existenciales tanto para la familia, como para la enfermera que vivenció la experiencia (autora), fue el confinamiento. A la luz de la anterior descripción, es doloroso para la familia la separación, al mismo tiempo que lo es para los profesionales. En mi caso, experimenté un dilema ético entre la normativa por la bioseguridad, por cuidar de mí misma y de mis seres queridos, mientras sentía empatía y compasión por esta familia, teniendo en cuenta que no habría otra oportunidad para conocerse y despedirse, pues los lineamientos de salud pública para ese entonces, demandaban que los fallecidos por COVID-19, no debían recibir velatorio ni sepelio, sino que el cuerpo debía ser llevado directo al crematorio, situación que dificulta la elaboración del duelo, en las familias que no pudieron realizar sus rituales fúnebres según sus creencias y costumbres.

En ese orden de ideas, esta vivencia hizo que la institución transitara por un nuevo reto de aprendizaje. Luz fue la primera recién nacida en fallecer dentro de la UCIN con diagnóstico positivo para COVID-19. Emergieron dudas en el personal de salud frente a cómo preparar el cuerpo para ser trasladado a la sala de paz (morgue). Incluso, la bolsa para cadáveres de 150 micras resistente a la filtración de líquidos, solo se encontraba disponible en el tamaño para adultos, lo que evidenció la falta de protocolos que guiaran el proceso de preparar el cuerpo del recién nacido para ser enviado a la sala de paz, y la falta de preparación personal para afrontar el dilema ético de separar a un

hijo de sus padres, siendo que nunca pudieron adoptar su rol paterno.

Por su parte, la teoría de los cuidados de Kristen Swanson corrobora la importancia de transformar la manera de acompañar a la familia sujeto de cuidado, de modo que se aborden las necesidades percibidas, más allá del plano físico. En consecuencia, cada persona cuenta con sus propias creencias, miedos en torno a la muerte y al mismo tiempo al estrés experimentado por el profesional de enfermería, lo que en ocasiones hace invisible la importancia del presente. En ese sentido, el estrés moral puede presentarse con importantes secuelas físicas, psicológicas y emocionales, como consecuencia de la insatisfacción por el cuidado ofrecido a las familias, situación que puede agravarse al exponerse a nuevas situaciones similares.¹⁷

Finalmente, la muerte neonatal desafía y rompe los esquemas sociales acerca de la muerte; comúnmente se espera que un recién nacido inicie su vida sana, fuerte, con un futuro por delante, por lo que poco se habla de las muertes neonatales de manera pública,

al punto de que esta, aún se considera un tema tabú. Esto entonces, dificulta el quehacer de los profesionales de la salud, muchos de los cuales no han recibido formación y capacitación en cuidado paliativo perinatal/neonatal, acompañamiento del final de la vida en la UCIN o duelo, situación que exige cumplir con la transdisciplinariedad en el cuidado, dando gran relevancia a la participación de los profesionales en salud mental en las salas de parto y UCIN, además de reconocer su rol protagónico, en el acompañamiento durante situaciones críticas como la muerte de un hijo en la etapa perinatal/neonatal. Entonces, como profesional de enfermería neonatal, es válido preguntarse ¿cómo se dignifica al sujeto que se cuida? En este caso, al trinomio.

Ante el cuidado alrededor de la muerte neonatal, hay que cambiar la mirada; no es que ya no hay nada más para hacer, sino hay muchas intervenciones de enfermería como mantener las creencias, conocer, estar con, hacer por y posibilitar para este trinomio.

REFERENCIAS

1. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg*. 2020 Apr;76:71-76.
2. Sánchez-De la Cruz JP, González-Castro TB, Pool-García S, López-Narváez ML, Tovilla-Zárate CA. Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.006>
3. Rao SPN, Minckas N, Medvedev MM, Gathara D, et al. Small and sick newborn care during the COVID-19 pandemic: global survey and thematic analysis of healthcare providers' voices and experiences. *BMJ Glob Health*. 2021 Mar;6(3):e004347.
4. Consejos para el embarazo durante la pandemia de COVID-19 | UNICEF [Internet]. [Consulta: 29 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/coronavirus/consejos-para-embarazo-durante-pandemia-coronavirus-covid19>
5. Golombek SG, Rodríguez S, Montes Bueno MT, Lemus Varela M de L, et al. Aportes a los cuidados neonatales de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología. *Alerta*. 2023 Ene;6(1):86-87.
6. Troncoso G, Álvarez M, Galvis CE, Rojas MA et al. Recomendaciones para unidades neonatales frente a casos positivos por virus SARS-COV-2/COVID-19. ASCON Asociación Colombiana de Neonatología. 21 de junio de 2020. [Consulta: 9 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.ascon.org.co/publicaciones/>
7. Verma S, Bradshaw C, Auyeung NSF, Lumba R, et al. Outcomes of Maternal-Newborn Dyads After Maternal SARS-CoV-2. *Pediatrics*. 2020 Oct;146(4):e2020005637.
8. Patanè L, Morotti D, Giunta MR, Sigismondi C, et al. Vertical transmission of coronavirus disease 2019: severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 RNA on the fetal side of the placenta in pregnancies with coronavirus disease 2019-positive mothers and neonates at birth. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020 Aug;2(3):100145.

9. Zhu H, Wang L, Fang C, Peng S, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr.* 2020 Feb;9(1):51-60.
10. Alzamora MC, Paredes T, Caceres D, Webb CM, et al. Severe COVID-19 during Pregnancy and Possible Vertical Transmission. *Am J Perinatol.* 2020 Jun;37(8):861-865.
11. Conti MG, Natale F, Stolfi I, Pedicino R, et al. Consequences of Early Separation of Maternal-Newborn Dyad in Neonates Born to SARS-CoV-2 Positive Mothers: An Observational Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 May;18(11):5899.
12. Minckas N, Medvedev MM, Adejuyigbe EA, Brotherton H, et al. Preterm care during the COVID-19 pandemic: A comparative risk analysis of neonatal deaths averted by kangaroo mother care versus mortality due to SARS-CoV-2 infection. *EClinicalMedicine.* 2021 Mar;33:100733.
13. OMS. Comunicados de prensa. Un nuevo estudio revela los riesgos a que expone separar a los recién nacidos de sus madres durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. [Consulta: 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/16-03-2021-new-research-highlights-risks-of-separating-newborns-from-mothers-during-covid-19-pandemic>
14. Sola A, García-Alix A, Rodríguez S, Cardetti M, et al. Riesgos a la salud materno neonatal en medio de la pandemia viral del COVID-19. Declaración Conjunta de SIBEN Fundación NeNe. Mayo de 2020. [Consulta: 9 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.siben.net/images/htmleditor/files/siben_covid_perinatal_siben_nene_mayo_14.pdf
15. Castilla MA. Coronavirus: una nueva prueba para el sistema sanitario internacional. *Rev Enferm Neonatal.* Abril 2020;32:3-6.
16. Wojnar DM. Kristen M Swanson: Teoría de los cuidados. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en Enfermería. 7.a ed. España: Elsevier España; 2011.p. 741-752.
17. Balanesi M. Estrés moral y cuidados compasivos en las unidades de cuidados intensivos neonatales. *Rev Enferm Neonatal.* Diciembre 2022;40:24-9.
18. González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enferm Intensiva.* 2019;30(2):78-91.
19. Almeida FdeA, Moraes MS, Cunha ML. Taking care of the newborn dying and their families: Nurses' experiences of neonatal intensive care. *Rev Esc Enferm USP.* 2016 Jun;50 Spec:122-9.
20. Grauerholz KR, Fredenburg M, Jones PT, Jenkins KN. Fostering Vicarious Resilience for Perinatal Palliative Care Professionals. *Front Pediatr.* 2020 Oct;8:572933.
21. Martín-Ancel A, Pérez-Muñuzuri A, González-Pacheco N, Boix H, et al. Cuidados paliativos perinatales. *An Pediatr.* 2022 Jan;96(1):60.e1-60.e7.
22. Younge N, Smith PB, Goldberg RN, Brandon DH, et al. Impact of a palliative care program on end-of-life care in a neonatal intensive care unit. *J Perinatol.* 2015 Mar;35(3):218-22.
23. Nieri L. Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Rev Hosp Materno Infant Ramón Sardá.* 2012;31(1):18-21.
24. Haug S, Dye A, Durrani S. End-of-Life Care for Neonates: Assessing and Addressing Pain and Distressing Symptoms. *Front Pediatr.* 2020 Sep;8:574180.
25. Fernández-Alcántara M, Schul-Martin L, García Caro MP, Montoya-Juárez R, et al. In the hospital there are no care guidelines: experiences and practices in perinatal loss in Spain. *Scand J Caring Sci.* 2020 Dec;34(4):1063-73.

26. Blood C, Cacciatore J. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. *BMC Psychol.* 2014 Jun;2(1):15.
27. Martel S, Ives-Baine L. Nurses' Experiences of End-of-life Photography in NICU Bereavement Support. *J Pediatr Nurs.* 2018 Sep-Oct;42:e38-44.
28. Silverio SA, Easter A, Storey C, Jurković D, Sandall J, on behalf of the PUDDLES Global Collaboration. Preliminary findings on the experiences of care for parents who suffered perinatal bereavement during the COVID-19 pandemic. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 Dec;21(1):840.

COMENTARIO DE ARTÍCULO

Reanimación cardiopulmonar con cordón umbilical intacto

Cardiopulmonary Resuscitation with an Intact Umbilical Cord

Koo J, Katheria A.

Neoreviews. 2022 Jun 1;23(6): e388-e399.

Comentario: Mg. Sonia Beatriz Rodas^o

RESUMEN

El cuerpo de literatura que respalda diferentes estrategias de pinzamiento del cordón umbilical ha aumentado durante la última década, a medida que se comprende el papel de su manejo en la transición neonatal. Múltiples organismos rectores internacionales respaldan el pinzamiento tardío del cordón, y esta práctica ahora es ampliamente aceptada por obstetras y neonatólogos. Aunque los recién nacidos a término y prematuros se benefician de alguna manera del pinzamiento tardío del cordón, la investigación adicional sobre las variaciones de esta práctica, incluida la reanimación con un cordón intacto, tiene como objetivo encontrar la práctica óptima de manejo del cordón que reduzca la mortalidad y las principales morbilidades.

COMENTARIO

El pinzamiento tardío del cordón umbilical cuenta con el respaldo de múltiples organismos rectores como el American College of Obstetricians and Gynecologists, el International Liaison Committee on Resuscitation, el

American Academy of Pediatrics Neonatal Resuscitation Program, y la World Health Organization.

En el presente artículo, los autores se plantean describir los beneficios y las limitaciones del pinzamiento tardío del cordón umbilical en recién nacidos de término (RNT) y prematuros (RNPT), particularmente en aquellos que requieren reanimación cardiopulmonar (RCP) e identificar los posibles riesgos del ordeño del cordón umbilical en la población de prematuros. Se describen las consideraciones a tener en cuenta en la práctica clínica y la adaptación tecnológica necesaria en salas de parto y/o quirófanos.

Ensayos controlados aleatorizados y metaanálisis mostraron que tanto los RNT como los RNPT tienen mayores niveles de hemoglobina y reservas de hierro después del pinzamiento tardío del cordón.^{1,2} Además, se observó que los RNPT mostraron una reducción de la mortalidad hospitalaria, pero no encontraron diferencias en morbilidades importantes, que incluyen hemorragia intraventricular grave (HIV), enterocolitis necrotizante (ECN), retinopatía grave del prematuro (ROP), enfermedad pulmonar crónica, conducto arterioso permeable o sepsis de inicio tardío.

^o Magíster en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería. Enfermera Jefe del Área de Terapia Intensiva Neonatal. Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. ORCID: 0009-0001-7177-5765

Correspondencia: soniabeatrizrodas@gmail.com

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 20 de abril de 2023.

Aceptado: 2 de junio de 2023.

ARK-CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25916424/ocx72oza3>



Si bien es reconocida la conveniencia del pinzamiento tardío del cordón, actualmente no se proporciona a los recién nacidos (RN) que necesitan reanimación inmediata. En este artículo los autores han analizado ensayos clínicos publicados y en curso que involucran la reanimación neonatal mientras el RN aún está conectado al cordón umbilical.

El ordeño del cordón umbilical puede no ser una alternativa segura al pinzamiento tardío del cordón umbilical en recién nacidos extremadamente prematuros, debido a los rápidos cambios hemodinámicos, como se demuestra en fetos modelos de cordero, y mayor incidencia de muerte o HIV.

El pinzamiento tardío del cordón umbilical aumenta el reclutamiento pulmonar durante la transfusión placentaria. La reanimación con un cordón intacto puede ser necesaria para RNPT y RNT no vigorosos para beneficiarse plenamente del pinzamiento tardío del cordón umbilical.

Se están realizando estudios adicionales para explorar variaciones en el pinzamiento tardío del cordón umbilical con RCP como los tiempos de espera para el pinzamiento y el uso de oxígeno suplementario, entre otros.

El pinzamiento del cordón umbilical establece el fin de la circulación fetoplacentaria y marca el inicio de la adaptación cardiopulmonar al espacio extrauterino y la distribución del flujo sanguíneo.

Aproximadamente el 10 % de los recién nacidos necesitan algún tipo de apoyo en el momento del nacimiento que puede ir desde maniobras sencillas como la estimulación táctil del secado a la reanimación cardiopulmonar avanzada.

Actualmente se reconoce que el pinzamiento tardío del cordón umbilical puede transfundir entre 20 y 35

ml/kg de sangre, lo que permite un ascenso del 50 % del volumen sanguíneo fetal y de 30 a 50 mg de depósito de hierro; disminuye de esta forma el riesgo de anemia ferropénica.³

Dentro del artículo son evaluadas tres formas de manejo del cordón:

- Pinzamiento tardío del cordón umbilical.
- Ordeño del cordón umbilical versus el pinzamiento diferido (Tabla 1).
- Pinzamiento diferido del cordón umbilical con reanimación (Tabla 2).

Se deja de lado el pinzamiento temprano del cordón umbilical, inclusive antes del inicio de la primera respiración, ya que reduce el retorno venoso, aumenta la poscarga y ocasiona otros efectos nocivos como aumento de la presión arterial pulmonar, aumento de la presión carotídea, disminución de la frecuencia cardíaca y disminución del gasto cardíaco.

Esta práctica se circunscribe en madres con hemorragias que generen inestabilidad hemodinámica como en un desprendimiento de placenta o placenta previa, e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Respecto al ordeño del cordón, la evidencia muestra ventajas y desventajas que se resumen en la Tabla 1.

En el artículo se describen, amplios beneficios de la RCP con cordón intacto, que están enumerados en la Tabla 2. Las desventajas de esta técnica se refieren a aspectos de logística en la sala de partos como la necesidad de espacios de reanimación que se puedan acercar al introito y generen calor, para evitar la hipotermia.

En nuestro país, la reanimación con cordón intacto es una técnica incipiente.

Tabla 1. Ventajas y desventajas del ordeño de cordón

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> • Transferencia de sangre placentaria al RN que requiere reanimación inmediata. • Pasaje más rápido a una incubadora caliente para continuar la RCP. 	<ul style="list-style-type: none"> • En estudios con animales se vieron cambios hemodinámicos rápidos no deseables.
<ul style="list-style-type: none"> • Reduce la incidencia de anemia en RNT y cercanos al término, sin aumento de la hiperbilirrubinemia ni necesidad de fototerapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta el riesgo de HIV grave y muerte en RN extremadamente prematuros.

Fuente: elaboración propia.

En el Hospital de Pediatría Profesor Dr. Juan P. Garrahan, centro pediátrico de referencia en salud pública de alta complejidad de la Argentina, se encuentra en funcionamiento desde 2008 el Servicio de Diagnóstico y Tratamiento Fetal; en este se asisten embarazos complicados por malformaciones fetales como hernia diafragmática congénita, defectos de la pared abdominal, defectos del tubo neural, malformaciones pulmonares y cardiopatías congénitas. Actualmente se encuentra en desarrollo un ensayo clínico denominado "Clampeo Fisiológico del Cordón Umbilical" en pacientes con Hernia Diafragmática Congénita (HDC) generalmente nacidos a término o prematuros tardíos. En

estos RN los pulmones hipoplásicos presentan mayor dificultad para ventilarse, retrasando también el flujo pulmonar, por cuanto el pinzamiento inmediato del cordón los expone a un periodo de hipoxia y reducción del gasto cardíaco.

La propuesta es pinzar el cordón en el momento en que el RN esté completamente estable y respirando por sí mismo; es decir que el tiempo estará determinado por la propia condición del RN, requiera reanimación o no, en lugar de un tiempo preestablecido por protocolo; se permite así un rápido incremento de la presión arterial, el sostén de la frecuencia y el

Tabla 2. Ventajas y desventajas del pinzamiento diferido de cordón con reanimación

VENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> Menor mortalidad hospitalaria. Permite que la resistencia vascular pulmonar disminuya mientras el RN está sostenido por la placenta. Mejora la precarga del ventrículo izquierdo y el gasto cardíaco.
<ul style="list-style-type: none"> No presenta mayor incidencia de HIV grave, ECN, ROP grave, enfermedad pulmonar crónica, conducto arterioso permeable o sepsis de inicio tardío. Beneficioso en RNPT, porque mejora la recuperación de la estabilidad hemodinámica y respiratoria.
<ul style="list-style-type: none"> Reduce la necesidad de transfusión de glóbulos rojos en RN aloimmunizados contra el factor Rh.
<ul style="list-style-type: none"> Es seguro en RN con restricción del crecimiento intrauterino y se asocia con una reducción de sospecha de enterocolitis necrosante.
<ul style="list-style-type: none"> Potencial transferencia de células madre y progenitoras multipotentes de la placenta y el cordón umbilical.
<ul style="list-style-type: none"> Neurodesarrollo: mejores subpuntuaciones en los dominios sociales y de motricidad fina a largo plazo (Bayley III) (Mercer JS, Vohr BR, McGrath, 2006).
<ul style="list-style-type: none"> EN RNPT mejora la estabilidad hemodinámica porque aumentan los volúmenes de sangre después del pinzamiento tardío (Aladangady N, McHugh S, 2006).
<ul style="list-style-type: none"> Beneficios de la práctica en RN a término con hernia diafragmática congénita como un pH y una presión arterial más altos, sin aumento de eventos adversos maternos o neonatales (Lefebvre C, Rakza T, 2017).
<ul style="list-style-type: none"> Mejor saturación de oxígeno después de 10 minutos y puntajes de Apgar más altos a los 1, 5 y 10 minutos en países en desarrollo (Isacson M, Gurung R, 2021).
<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción de los padres al visualizar o tocar a su hijo inmediatamente después del parto y durante la reanimación al lado de la camilla (Katheria A, Hosono S, 2018).
DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de hipotermia del RNPT.
<ul style="list-style-type: none"> Logística: se requieren camillas de reanimación especializadas que se pueden colocar cerca del introito o junto a la incisión de la cesárea.

Fuente: elaboración propia.

gasto cardíaco, y se asegura la provisión del oxígeno vital para los órganos. Enfermería participa activamente en el ensayo clínico; sus intervenciones incluyen la colaboración como parte del equipo de recepción para controlar la temperatura ambiental, garantizar con listas de cotejo el material necesario inclusive para una eventual reanimación, mantener la vía aérea permeable, estabilizar al RN, cuidar la temperatura corporal, prevenir las infecciones y preparar el posterior traslado a la UCIN.⁴

Es fundamental la capacitación de todo el personal de enfermería, en las fases que se llevará a cabo durante la recepción del RN de riesgo mediante simulaciones, desde los cambios fisiológicos esperables en el nacimiento, hasta la administración de RCP, coordinar la adhesión a los protocolos institucionales de quienes intervienen, con comunicación efectiva con todo el equipo.

Actualmente hay diversos estudios en curso en el mundo, sobre el manejo del cordón en la recepción del RN. Son de especial interés los que incluyen poblaciones de prematuros pequeños y RN con malformaciones congénitas como la HDC.

El tema controversial se centra fundamentalmente en la reanimación con el cordón intacto. Es conocido que los RN que necesitan una reanimación más avanzada tienen más probabilidades de tener una mayor morbilidad. Si bien se necesitan más investigaciones para concluir con recomendaciones unificadas.

Con los estudios que se cuenta hasta hoy, puede afirmarse que:

El pinzamiento tardío mayor al minuto es seguro y factible para los RNPT y los RNT, sin embargo, la reanimación con un cordón intacto requiere de más investigaciones.

La reanimación con un cordón intacto puede ser una posibilidad beneficiosa que garantice a todos los RN recibir una transfusión de placenta.

Es una práctica necesaria para que los RNPT y los RNT no vigorosos se beneficien completamente del pinzamiento tardío del cordón.

Los estudios citados en el presente artículo refieren que el ordeño de cordón aumenta significativamente el riesgo de HIV grave y muerte en comparación con el pinzamiento tardío, por lo tanto, no es la práctica de elección en RN extremadamente prematuros.

Frecuentemente en los equipos neonatales se presenta resistencia al pinzamiento tardío, en RNT y tanto más en prematuros, por cuanto un cambio de prácticas como el propuesto deberá ser avalado por organismos rectores de políticas para ser incorporado.

No es un tema menor la accesibilidad práctica en los servicios que permitan la reanimación del RN sobre la madre, o junto al introito en casos de cordón umbilical corto.

Existen en el mercado mesas portátiles equipadas con oxígeno, monitoreo y fuentes de calor que adaptan la altura con brazos direccionados según la necesidad en cada caso y permite a la madre visualizar o tocar a su RN inmediatamente después del parto y durante la reanimación. Los mismos no se comercializan en Argentina y cabe preguntarse su posible accesibilidad por los altos costos para los países de la región.

Por último, se considera importante llevar a cabo estudios locales, teniendo en cuenta las patologías prevalentes, debido a que los sistemas de salud dan diferentes respuestas en diversos países o regiones del mundo a las mismas patologías y /o necesidades de tratamiento de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Rabe H, Gyte GM, Díaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Sep;9(9): CD003248.
2. Atia, H, Badawie A, Elsaid O, Kashaf M, et al. The hematological impact of umbilical cord milking versus delayed cord clamping in premature neonates: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022 Sep;22(1):714.
3. Lainez Villabona B, Bergel Ayllon E, Cafferata Thompson, ML, Belizán Chiesa JM. ¿Pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical? Una revisión sistemática de la literatura médica. *An Pediatr (Barc)*. 2005 Jul;63(1):14-21.
4. Área de Trabajo en Reanimación Cardiopulmonar Neonatal. Comité de Estudios Feto-Neonatales (CEFEN). Manual de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal. 3° Edición. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2022. Pág. 17-31.

COMENTARIO DE ARTÍCULO

¿Puede la posición de la cabeza ayudar a reducir la hemorragia intraventricular grave y su secuela en recién nacidos prematuros?

Can head position help reduce severe intraventricular hemorrhage and its sequelae in premature newborns?

Herranz-Rubia N, Montes MT.°

*J Neonatal Nurs. 2023 Aug;29(4):667-668.
<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.12.005>.*

Comentario: **Mg. Sabrina N. Vidable°**

RESUMEN

Numerosas investigaciones observacionales han tratado de identificar intervenciones que individualmente o agrupadas en un paquete de cuidados, reduzcan la hemorragia intraventricular (HIV) en recién nacidos extremadamente prematuros. Hasta el momento, una de las intervenciones más investigadas ha sido la posición de la cabeza del recién nacido prematuro (RNPT) durante las primeras 72 h de vida. Si bien la hemodinámica cerebral depende de otros factores, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y/o aspectos mecánicos ventilatorios, se postula que tanto la posición de la cabeza como su ángulo de inclinación en el plano pueden alterar significativamente la hemodinámica cerebral.

COMENTARIO

La hemorragia de la matriz germinal o hemorragia intraventricular (HIV) se considera la lesión cerebral más

frecuente del neonato prematuro, y su incidencia se relaciona en forma directa con el grado de prematuridad. Su importancia no es sólo relevante por su frecuencia, sino también por las consecuencias e impacto que genera en la vida futura del niño y su familia.¹ El propósito de las autoras del artículo que se presenta es examinar la evidencia actual para determinar si el posicionamiento de la cabeza en línea media en neonatos menores de 32 semanas de edad gestacional (EG) puede contribuir a prevenir la HIV. Los estudios sugieren que la forma en que se coloca la cabeza del recién nacido mientras está en la incubadora puede tener un efecto importante en la prevención.

La incidencia de HIV es del 20 al 25 % para el grupo de RNPT menores de 1500 g. Estas cifras se mantienen fundamentalmente porque sobreviven cada vez más neonatos con muy bajo peso al nacer; se describe que, en la población entre 500 y 750 g de peso de nacimiento, la incidencia se eleva al 45 %.¹

° Especialista en Enfermería Neonatal. Máster en Enfermería Neonatal y Cuidados Pediátricos. Magíster en Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud. Doctoranda en Salud Pública, UCES. Docente e investigadora de la Universidad Nacional de José C. Paz.
ORCID: 0000-0002-9964-8346

Correspondencia: vidable.sabrina@gmail.com

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 16 de mayo de 2023.

Aceptado: 20 de junio de 2023.

ARK-CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25916424/ocx72oza3>

Para prevenir la HIV, se requiere investigación y actualización permanente para adaptar las prácticas en la medida que surgen nuevas evidencias y evolucionan las estrategias de cuidado desde la recepción hasta el alta. Para ello es necesario el compromiso de los gestores para fomentar la capacitación continua de enfermería. Son imprescindibles protocolos consensuados en cada Unidad para garantizar equipos que brinden cuidados de calidad unificados y sostenidos en el tiempo.

La evidencia actual, recomienda planes de cuidados específicos para prematuros que incluyan el posicionamiento de la cabeza en línea media, y elevada a 15-30°. Muchas de las maniobras que se implementan en los neonatos pueden generar fluctuaciones en el flujo cerebral. Se deben disminuir las intervenciones, sobre todo en las primeras 72 h. Se recomienda que enfermería planifique los cuidados mediante intervenciones mínimas articulando, siempre que sea posible, cada intervención con el examen clínico del médico y demás integrantes del equipo.

CUIDADOS ORIENTADOS A LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR

Antes del nacimiento

Es necesario garantizar el traslado oportuno y de calidad de las personas gestantes que presenten embarazo de riesgo o pretérmino a centros de atención adecuados, que dispongan de personal y equipos para atender la emergencia vital y estabilizar al RN.

Es fundamental que el servicio que acoge al RNPT disponga de enfermeros especialistas y neonatólogos en cantidad suficiente y correctamente asignados según el grado de complejidad.

En la recepción del RNPT

Durante la reanimación de un RNPT, se debe evitar la inestabilidad hemodinámica; es necesario que intervenga personal con experiencia y con acreditación del programa de RCP avanzada. Se recomienda que tanto enfermeros/as y médicos/as en formación puedan asistir en calidad de observadores, con el fin de fomentar su aprendizaje. Se sabe que los episodios de hipoxia, hiperoxia, hipercarbia, hipocarbica e hipotermia sostenida y hasta un secado vigoroso, modifican el flujo sanguíneo cerebral (FSC) generando el espacio propicio para una posible HIV. El retraso del pinzamiento del cordón hasta sesenta segundos, se ha asociado a una disminución del riesgo de HIV.²

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

La hipotensión básicamente es la caída del flujo sanguíneo sistémico y como consecuencia la modificación del flujo sanguíneo cerebral.³ Esta inestabilidad hemodinámica, en los vasos sanguíneos tan frágiles en el cerebro de un prematuro, pueden provocar HIV. El objetivo es evitar las fluctuaciones de la tensión arterial durante los procedimientos. Algunas de estas modificaciones pueden ser provocadas por expansiones y correcciones bruscas de la volemia. Se recomienda utilizar bombas de infusión programadas, con velocidad de infusión adecuada para la tolerancia y estabilidad hemodinámica del neonato. Evitar la administración por bolo, tanto de expansores, como de medicación, y respetar las concentraciones máximas y mínimas en la administración de medicamentos.

Las extracciones de sangre a través de catéteres umbilicales arteriales deben ser lentas, en más de cuarenta segundos, extrayendo el menor volumen posible, a fines de evitar la disminución en la saturación y oxigenación de los tejidos, y la consiguiente disminución en el FSC.³

Según las normativas vigentes, la saturación deseada en un RNPT debe oscilar entre el 89 % y el 94 %, y debe programarse la alarma del oxímetro de pulso con estos límites, para promover la estabilidad de la presión venosa cerebral.

La aspiración de secreciones puede afectar la presión en la vía aérea y aumentar los momentos de hipoxemia. Esta es una práctica que debe realizarse cuando hay parámetros clínicos que evidencien la necesidad de realizarla.

Los procedimientos programables como la intubación electiva o extubación, es recomendable realizarlos en turnos donde haya la mayor cantidad de personal entrenado y con experiencia, que evite situaciones traumáticas innecesarias.

El dolor, el estrés, la incomodidad del neonato en el posicionamiento, las manipulaciones y las simples actividades motoras pueden producir aumento en la tensión arterial sistémica. Es aconsejable ofrecer el mejor confort en las posturas de descanso, preferentemente con nidos cerrados que ofrezcan una contención similar al útero, utilizar medidas no farmacológicas como la administración de sucrosa, o gotas de leche humana, antes, durante y después de un procedimiento doloroso como una punción venosa y otros sencillos como un cambio de sonda orogástrica en contacto piel a piel sobre sus padres. Proporcionar contención durante procedimientos dolorosos ayuda a mantener la

estabilidad fisiológica y acelera la recuperación a niveles basales, reduce los episodios de hipoxia y las fluctuaciones en la presión arterial y en el flujo sanguíneo cerebral.⁴

El RNPT extremo tendrá por delante una larga internación, durante la cual van a tener lugar cambios permanentes en su desarrollo cerebral. La incidencia de hemorragia interventricular puede disminuirse mediante intervenciones personalizadas enfocadas en el neurodesarrollo. En lugar de seguir un programa preestablecido, los cuidados de enfermería deben adaptarse a la conducta de cada paciente, para favorecer su organización y autorregulación.

Los movimientos de la cabeza con giros de un lateral al otro, los cambios de decúbito, el control de peso, la higiene y el cambio de pañal, el posicionarlo para el contacto con la madre, son acciones habituales que influyen en el flujo sanguíneo cerebral y es esencial evitar que estas variaciones sean excesivas; el tacto suave y cuidadoso del cuidador, son verdaderos modeladores del cerebro en desarrollo.

En la posición supina, el RNPT reduce sus movimientos por la fuerza de la gravedad, la cabeza está en la línea media y evita que el niño flexione el cuello. Cuando se administra apoyo ventilatorio, las tubuladuras deben ser ubicadas criteriosamente para evitar tracciones del neonato hacia atrás. En el presente artículo las autoras brindan la evidencia que refiere la conveniencia de elevar el cabezal de la incubadora 15-30°, a fines de mejorar la circulación y oxigenación cerebral.

En Argentina, el estado garantiza a todas las familias, a través de la Ley 1000 días, la inclusión de niños y niñas que nacieron prematuros en programas de seguimiento, a través de los cuales se interviene para atenuar el impacto de la prematuridad sobre la salud y la calidad de vida.⁵ Estos programas se centran en la evaluación del neurodesarrollo, trastornos motores, déficits neurosensoriales y problemas de crecimiento, a medida que se conoce mejor la relación entre baja EG al nacimiento y otras morbilidades que se expresan a lo largo de la vida.⁶

El artículo de expertas que se comenta resalta la necesidad de atención criteriosa, basada en evidencia científica actualizada e invita a utilizar prácticas bien fundamentadas en el cuidado de los RNPT extremos. Un enfoque holístico e interdisciplinario, homogéneo, centrado en la familia y aplicando las mejores prácticas de cuidado sostenido en bases científicas es crucial en el cuidado del cerebro del RN y puede contribuir de manera decisiva a mejorar los resultados de salud de estos neonatos y sus familias.

Las intervenciones de enfermería en el corto plazo constituyen en gran medida la integridad neurológica y la vida futura de ese niño y su familia. La responsabilidad de poseer el conocimiento que ofrezca la oportunidad de un futuro más prometedor, con mejor calidad de vida, es la tarea principal de sus primeros cuidadores: los y las enfermeras neonatales.

REFERENCIAS

1. García Alix A, Arnaez J, Agut Alonso T. Lesión cerebral en el niño prematuro. Hemorragia intraventricular, hidrocefalia posthemorrágica y lesión de sustancia blanca. En: Basso G, editor. Neurodesarrollo en Neonatología. 1° ed, Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2016. Pág. 222–239.
2. Koo J, Katheria A. Cardiopulmonary Resuscitation with an Intact Umbilical Cord. *Neoreviews*. 2022 Jun 1;23(6):e388-e399.
3. Rodríguez-Boto G, Rivero-Garvía M, Gutiérrez-González R, Márquez-Rivas J. Conceptos básicos sobre la fisiopatología cerebral y la monitorización de la presión intracraneal. *Neurología*. 2015;30(1):16-22.
4. Als H, Lawhon G, Duffy FH, McAnulty GB, Blickman JG. Individualized developmental care for the very low birth weight preterm infant. *JAMA*. 1994 Sep 21;272(11):853-858.
5. Ley 27611. Ley nacional de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia. Honorable Congreso de la Nación, 2020. (Internet). [Consulta: 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27611-346233>.
6. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Política Integral para la prematuridad. Octubre 2021 (Internet). [Consulta: 12 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/POL%C3%8DTICA%20INTEGRAL%20para%20la%20PREMATURIDAD%202021.pdf>



www.fundasamin.org.ar