

Editorial

- » Educación continua en enfermería neonatal:
El verdadero estándar de oro

Artículos de actualización

- » Cuidado y monitoreo de la presión auricular izquierda en recién nacidos postquirúrgicos: Rol de enfermería en la unidad neonatal
- » Hacia caída cero en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
- » Cuidados e intervenciones de enfermería para la díada madre-bebé y la familia. La salud mental perinatal desde una perspectiva integral

Artículo original

- » Evaluación de la técnica de lactancia materna en un hospital de segundo nivel de atención en San Luis Potosí, durante 2024

Comentarios de artículos

- » Llevar las imágenes junto al paciente: El creciente impacto de la ecografía en el punto de atención en cuidados intensivos pediátricos y neonatales
- » Aspirar o no aspirar residuos gástricos preprandiales: Análisis de factores pronósticos para cubrir las necesidades nutricionales diarias



EL BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO Y SU FAMILIA ES NUESTRA PRIORIDAD

Llevamos más de 40 años de excelencia médica y calidez humana acompañando a las familias en los primeros momentos de la vida.

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



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



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



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



**SANATORIO
OTAMENDI**

Azcúenaga 870, CABA

(011) 4964-8770

+54 9 11 3543-6390



OTAMENDI.COM.AR

ISSN 2591-6424

Enfermería Neonatal

AUTORIDADES

Editora Responsable

Mg. Guillermina Chattás

Universidad Austral, Buenos Aires, Argentina

Editoras Asociadas

Esp. Lucila Scotto

Hospital Juan P. Garrahan, CABA, Argentina

Esp. María Luisa Videla Balaguer

Sanatorio Tandil, Buenos Aires, Argentina

Comité Ejecutivo

Lic. Cristina Malerba

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

Esp. Paulo Arnaudo

Hospital Madre Catalina Rodríguez, Merlo, San Luis, Argentina

Comité Editorial

Esp. Aldana Ávila

Sanatorio Santa Isabel, CABA, Argentina

Mg. Marcela Arimany

Sanatorio Otamendi, CABA, Argentina

Mg. Mónica Barresi

Sanatorio Finochietto y Universidad Austral, CABA, Argentina

Dra. en Enf. Bibiana Chinea Jiménez

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España y
Universidad Complutense de Madrid, España

Mg. Miriam Faunes

Escuela de Enfermería Pontificia Universidad
Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile

Esp. Claudia Green

Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

Esp. Zandra Patricia Grosso Gómez

Fundación Canguro, Bogotá, Colombia

Esp. Nuria Herranz Rubia

Hospital U. Sant Joan de Déu, Barcelona, España

Dr. en Enf. Luis Alexander Lovera Montilla

Universidad de Valle, Cali, Colombia

Esp. Guillermina Lasala

Servicio de Neonatología, CEMIC, CABA, Argentina

Esp. María Inés Olmedo

Sanatorio Anchorena, CABA, Argentina

Lic. Carmen Vargas

Sanatorio de la Trinidad Palermo, Buenos Aires, Argentina

Mg. Sabrina Vidable

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

Comité Asesor

Dra. Norma Rossato

Coordinadora de proyectos, FUNDASAMIN

Dra. María Elina Serra

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, CABA, Argentina

Traducción al portugués

Esp. María Inés Olmedo

Asistente técnica

Adriana Varela

» ÍNDICE

Editorial

» Educación continua en enfermería neonatal:

El verdadero estándar de oro

Mg. Elba Iveth Sebastián Hernández 4

Artículos de actualización

» Cuidado y monitoreo de la presión auricular

izquierda en recién nacidos postquirúrgicos:

Rol de enfermería en la unidad neonatal

Lic. Julieta Brazenas, Lic. Sandra Ferreyra..... 6

» Hacia caída cero en la Unidad de Cuidados

Intensivos Neonatales

Lic. María Dolores Ramírez Martiarena 15

» Cuidados e intervenciones de enfermería para
la diada madre-bebé y la familia. La salud mental
perinatal desde una perspectiva integral

Esp. Kelly Turcatti 23

Artículo original

» Evaluación de la técnica de lactancia materna
en un hospital de segundo nivel de atención
en San Luis Potosí, durante 2024

Lic. Lizbeth Karina Escandón-Herrera,
Lic. Nancy Guadalupe Martínez-Romero,
Mg. Ana Sofia Romo-Báez, Mg. María del
Rosario Díaz-Díaz, Dra. Verónica Gallegos-García,
Mg. Pedro Reyes-Laris, Dra. Jenny Alejandra
Medina-de la Cruz, Mg. Omar Medina-de la Cruz 29

Comentarios de artículos

» Llevar las imágenes junto al paciente:

El creciente impacto de la ecografía en el
punto de atención en cuidados intensivos
pediátricos y neonatales

Esp. Carla Galione 36

» Aspirar o no aspirar residuos gástricos

preprandiales: Análisis de factores pronósticos
para cubrir las necesidades nutricionales diarias

Esp. Mario Nicolás Pons Dutra 39



Consejo de Administración

Director

Dr. Luis Prudent

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

Tacuarí 352 • CP 1071 • CABA, Argentina • Teléfono: +(54911) 39390376
Dirección electrónica de la revista: revistadeenfermeria@fundasamin.org.ar
Publicación sin valor comercial. Registro de la Propiedad Intelectual: 01142945.
Los contenidos vertidos en los artículos son responsabilidad de los autores.
Los puntos de vista expresados no necesariamente representan
la opinión de la Dirección y Comité Editorial de esta revista.
Se autoriza la reproducción de los contenidos a condición de citar la fuente.



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

Editorial

Educación continua en enfermería neonatal: El verdadero estándar de oro

Continuing education in neonatal nursing: The true gold standard

*Educação continuada em enfermagem neonatal:
O verdadeiro padrão ouro*

Estimados lectores:

La enfermería neonatal enfrenta hoy uno de los mayores desafíos de su historia. Los avances científicos y tecnológicos han permitido la supervivencia de recién nacidos con edad gestacional y peso cada vez menores, transformando profundamente la práctica clínica y elevando los estándares de atención de enfermería. Este escenario, tan esperanzador como exigente, interpela a los profesionales de enfermería a asumir un compromiso permanente con la actualización de conocimientos y el fortalecimiento de competencias especializadas.

La educación continua ya no constituye una opción complementaria dentro del desarrollo profesional; es una necesidad ineludible para garantizar una práctica segura, competente y alineada con las demandas sociales actuales.¹ Cada intervención realizada en una unidad neonatal requiere decisiones sustentadas en evidencia científica actualizada, capaces de responder a la complejidad de los cuidados que demandan los recién nacidos y sus familias.

En este contexto, la enfermería neonatal ha evolucionado hacia modelos de atención que trascienden el paradigma biomédico tradicional. La incorporación de enfoques centrados en el desarrollo, el bienestar emocional y la participación de la familia reconoce que el cuidado de un neonato no se limita a la estabilidad fisiológica, sino que involucra dimensiones humanas, afectivas y relacionales que impactan directamente en los resultados de salud.² Modelos como los propuestos por Altimier y Phillips representan este cambio de mirada, promoviendo una atención integral, compasiva y centrada en el recién nacido y su familia.³

Sin embargo, el conocimiento individual no es suficiente. La calidad asistencial depende también de la capacidad de los equipos para aprender, colaborar y construir entornos de trabajo respetuosos. Los líderes y gestores clínicos tienen la responsabilidad de diseñar estrategias educativas innovadoras que contemplen las particularidades generacionales de los profesionales de enfermería y favorezcan la participación en los procesos de aprendizaje. Identificar necesidades formativas, promover la reflexión crítica sobre la práctica y fortalecer la colaboración académico-clínica son pilares fundamentales para el desarrollo de equipos sólidos y comprometidos con la excelencia.⁴

La colaboración profesional constituye una herramienta indispensable para afrontar los desafíos actuales de las unidades neonatales. Cuando profesionales de enfermería, educadores, gestores y demás integrantes del equipo de salud comparten objetivos, conocimientos y responsabilidades, se generan condiciones que favorecen la seguridad del paciente, el cumplimiento de indicadores de calidad, la prevención de riesgos y el bienestar de quienes brindan cuidados.

Cuidar de la vida en sus etapas más vulnerables exige mucho más que tecnología de última generación. Requiere profesionales capaces de combinar criterio clínico, pensamiento crítico, sensibilidad humana y compromiso ético. La verdadera excelencia en enfermería neonatal se construye diariamente a través del aprendizaje conti-

nuo, la búsqueda de evidencia científica, el trabajo colaborativo y la capacidad de reconocer que detrás de cada monitor y de cada procedimiento existe una familia que deposita su confianza en nuestros cuidados.⁵

El desafío está planteado. Como profesionales de enfermería, tenemos la responsabilidad de trascender la rutina, cuestionar nuestras prácticas, actualizar nuestros saberes y contribuir a la construcción de entornos asistenciales más seguros, respetuosos y humanizados. Porque el futuro de nuestros pacientes más pequeños depende, en gran medida, de nuestra capacidad para aprender, innovar y cuidar con conocimiento y compasión.

Este es, y seguirá siendo, el verdadero estándar de oro de la enfermería neonatal.

Los saludo desde San Luis Potosí, México.

Mg. Elba Iveth Sebastián Hernández[°]



REFERENCIAS

1. Requelme-Jaramillo MJ, Calderón-González DE, Centeno-Sandoval MA, Barragán-Manrique KC, Torres Jiménez JN. Prácticas esenciales de enfermería en el recién nacido de riesgo. *Revista InveCom*. 2024;5(1):e501073. [Consulta: 22 de junio de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11658697>
2. Beynon JM. Developing newly qualified nurses' confidence within neonatal intensive care. *Infant*. 2022;18(1):8–11.
3. Mariscal-Delgadillo M, Loza-Rojas MG, Angulo-Castellanos E, Hernández-Bello J, Coronado-Ramírez JF, Fletes-Rayas AL. La Evolución de la Enfermería Neonatal: Forjando el Sentido y la Práctica de la Enfermería en México. *Rev Med UAS*. 2024;14(3):248-262. [Consulta: 22 de junio de 2026]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v14.n3.008>
4. Cho IY, Han AY. Neonatal nurses' educational needs in a family-centered partnership program: Five ways of knowing. *Nurse Educ Today*. 2024; 133:106028. doi: 10.1016/j.nedt.2023.106028.
5. Dirik HF, Yildirim M, Ozmen S, Seren Intepeler S. Academic-clinical collaborative partnerships: A qualitative exploration of facilitators and barriers from the perspectives of nurse academics, clinicians, and students. *Nurse Educ Today*. 2025 Jun;149:106674. doi: 10.1016/j.nedt.2025.106674.

[°] Maestría en Dirección y Administración de Equipos de Salud. Responsable de la Especialidad de Clínica Avanzada con énfasis en Cuidado Neonatal, Universidad San Luis Potosí, México.

Correspondencia: iveth.sebastian@uaslp.mx

ORCID: 0000-0001-8840-5990

Artículo de actualización

Cuidado y monitoreo de la presión auricular izquierda en recién nacidos postquirúrgicos: Rol de enfermería en la unidad neonatal

Care and monitoring of left atrial pressure in post-surgical newborns: Nursing role in the neonatal unit

Cuidados e monitorização da pressão atrial esquerda em recém-nascidos pós-cirúrgicos: O papel da enfermagem na unidade neonatal.

Lic. Julieta Brazenas¹, Lic. Sandra Ferreyra²

RESUMEN

El monitoreo hemodinámico en recién nacidos sometidos a cirugía cardíaca constituye un componente esencial para la detección precoz de complicaciones y la optimización del tratamiento.

La presión auricular izquierda (PAI) representa un parámetro clave para la evaluación de la función ventricular izquierda, la precarga y la interacción cardiopulmonar. Su monitoreo se reserva principalmente para neonatos con cardiopatías congénitas complejas, particularmente en el período postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular, donde existe riesgo de alteraciones en el retorno venoso pulmonar, disfunción ventricular izquierda o inestabilidad hemodinámica. Permite una evaluación precisa de la precarga y facilita la detección precoz de complicaciones como obstrucciones residuales o bajo gasto cardíaco.

El objetivo de este artículo es contemplar las características principales de la PAI desde una perspectiva fi-

siopatológica y resaltar el rol crucial del profesional de enfermería en el cuidado del recién nacido crítico. La evidencia disponible indica que la adecuada vigilancia de la PAI permite identificar precozmente alteraciones hemodinámicas, prevenir complicaciones como el edema pulmonar y el bajo gasto cardíaco, y guiar intervenciones terapéuticas oportunas. El cuidado de enfermería especializado es determinante para la seguridad del paciente y la evolución clínica favorable.

Palabras clave: presión auricular; monitorización hemodinámica; recién nacido; sistema cardiovascular; periodo posoperatorio.

ABSTRACT

Hemodynamic monitoring in newborns undergoing cardiac surgery is an essential component for the early detection of complications and the optimization of treatment.

Left atrial pressure (LAP) is a key parameter for eva-

1. Licenciada en Enfermería. Enfermera asistencial, Servicio de Neonatología, Sanatorio Otamendi. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0009-0009-8269-7211

2. Licenciada en Enfermería. Encargada del turno mañana, Servicio de Neonatología, Sanatorio Otamendi. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0009-0007-1946-5771

Correspondencia: Jbrazenas@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 28 de mayo de 2026

Aceptado: 30 de junio de 2026

luating left ventricular function, preload, and cardiopulmonary interaction. Its monitoring is primarily reserved for neonates with complex congenital heart disease, particularly in the immediate postoperative period following cardiovascular surgery, where there is a risk of impaired pulmonary venous return, left ventricular dysfunction, or hemodynamic instability. It allows for a precise assessment of preload and facilitates the early detection of complications such as residual obstructions or low cardiac output.

The objective of this article is to consider the main characteristics of LAP from a pathophysiological perspective and highlight the crucial role of nursing professionals in the care of critically ill newborns. Available evidence indicates that adequate LAP monitoring allows for the early identification of hemodynamic alterations, the prevention of complications such as pulmonary edema and low cardiac output, and the guidance of timely therapeutic interventions. Specialized nursing care is crucial for patient safety and a favorable clinical outcome.

Keywords: atrial pressure; hemodynamic monitoring; infant, newborn; cardiovascular system; postoperative period.

RESUMO

A monitorização hemodinâmica em recém-nascidos submetidos a cirurgia cardíaca é essencial para a detecção precoce de complicações e a otimização do tratamento.

A pressão atrial esquerda (PAE) é um parâmetro fundamental para avaliar a função ventricular esquerda, a pré-carga e a interação cardiopulmonar. Sua monitorização é reservada principalmente para neonatos com cardiopatia congênita complexa, especialmente no período pós-operatório imediato após cirurgia cardiovascular, onde há risco de comprometimento do retorno venoso pulmonar, disfunção ventricular esquerda ou instabilidade hemodinâmica. Ela permite uma avaliação precisa da pré-carga e facilita a detecção precoce de complicações como obstruções residuais ou baixo débito cardíaco.

O objetivo deste artigo é analisar as principais características da PAE sob uma perspectiva fisiopatológica e destacar o papel crucial dos profissionais de enfermagem no cuidado de recém-nascidos criticamente enfermos. As evidências disponíveis indicam que a monitorização adequada da PAE permite a identificação precoce de alterações hemodinâmicas, a prevenção de complicações como edema pulmonar e baixo débi-

to cardíaco, e a orientação de intervenções terapêuticas oportunas. O cuidado de enfermagem qualificado é crucial para a segurança do paciente e um desfecho clínico favorável.

Palavras chave: pressão atrial; monitorização hemodinâmica; recém-nascido; sistema cardiovascular; período pós-operatório.

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n51.01>

Cómo citar: Brazenas J, Ferreyra S. Cuidado y monitoreo de la presión auricular izquierda en recién nacidos postquirúrgicos: Rol de enfermería en la unidad neonatal. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2026;51: 6-14.

INTRODUCCIÓN

El progreso en la cirugía cardiovascular neonatal ha permitido mejorar significativamente la supervivencia de recién nacidos con cardiopatías congénitas complejas. No obstante, el período postoperatorio continúa siendo altamente vulnerable debido a la inestabilidad hemodinámica, la inmadurez fisiológica y la complejidad de las intervenciones quirúrgicas. En este contexto, la monitorización hemodinámica avanzada adquiere un rol fundamental para orientar la toma de decisiones clínicas y prevenir complicaciones graves.¹

El monitoreo de la presión auricular izquierda (PAI) constituye una herramienta fundamental para la evaluación hemodinámica y la toma de decisiones terapéuticas en recién nacidos sometidos a cirugía cardíaca. Debido a su carácter invasivo y a las potenciales complicaciones asociadas, su manejo requiere un abordaje protocolizado, sistemático y basado en la evidencia.

La PAI refleja la presión de llenado del ventrículo izquierdo y proporciona información relevante sobre la interacción entre el retorno venoso pulmonar, la función ventricular y la precarga. Su utilidad resulta superior a otros parámetros indirectos, como la presión venosa central, particularmente en pacientes neonatales críticos.^{2,3}

En condiciones normales, la PAI se mantiene entre 4 y 8 mmHg. Sin embargo, en neonatos postquirúrgicos puede alterarse por disfunción ventricular izquierda, sobrecarga de volumen, aumento de la resistencia vascular pulmonar o alteraciones del retorno venoso pulmonar. Un incremento sostenido de la PAI favore-

ce el desarrollo de edema pulmonar y deterioro del intercambio gaseoso.⁴

En este escenario, el profesional de enfermería desempeña un rol central en la vigilancia continua, la interpretación de los parámetros hemodinámicos y la implementación de cuidados seguros.⁵

FISIOLOGÍA DE LA AURÍCULA IZQUIERDA Y FUNDAMENTOS HEMODINÁMICOS

La aurícula izquierda cumple funciones dinámicas esenciales durante el ciclo cardíaco: actúa como reservorio durante la sístole ventricular, como conducto durante el llenado pasivo y como bomba activa durante la contracción auricular.

En el recién nacido, estas funciones se encuentran condicionadas por los cambios propios de la transición de la circulación fetal a la extrauterina, caracterizada por la disminución progresiva de la resistencia vascular pulmonar y el aumento del flujo sanguíneo pulmonar.⁶

El flujo de las venas pulmonares hacia la aurícula izquierda es pulsátil y el trazado clásico de la PAI presenta ondas específicas (**Figura 1**):

- **Onda "a"**: corresponde a la contracción auricular. Coincide al final de la diástole ventricular. En el electrocardiograma (ECG) aparece justo después de la onda P.
- **Onda "c"**: relacionada con el cierre de la válvula mitral. Se produce por el abombamiento de la válvula mitral hacia la aurícula izquierda al inicio de la sístole ventricular (fase de contracción isovolumétrica). En algunas ocasiones, debido al amortigua-

miento del sistema de transductores, esta onda se fusiona con la onda "a" o se hace difícil de visualizarla en neonatología por las frecuencias cardíacas elevadas.

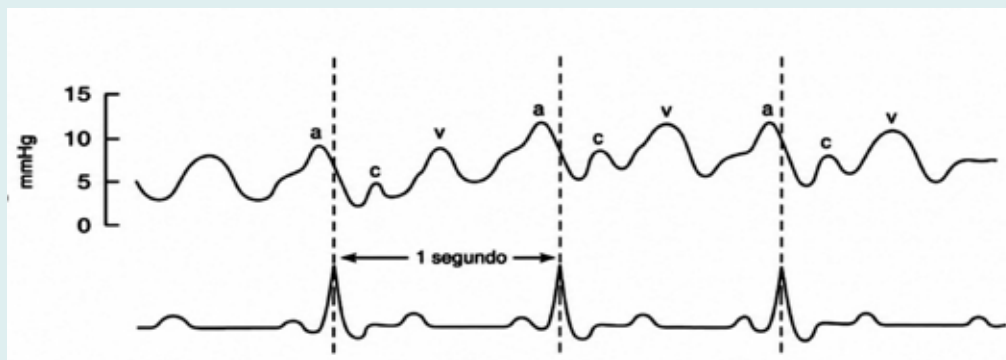
- **Onda "v"**: representa el llenado auricular, ocurre al final de la sístole ventricular, mientras la válvula mitral permanece cerrada y el flujo sanguíneo continúa desde las venas pulmonares. Coincide con la onda T del ECG.
- **Descensos "x"**: refleja la relajación de la aurícula izquierda y el descenso del piso valvular durante la eyección ventricular.
- **Descensos "y"**: refleja el llenado ventricular. Representa la apertura de la válvula mitral y el vaciado rápido del flujo sanguíneo hacia el ventrículo izquierdo (inicio de diástole).

Conocer la morfología del trazado y realizar una correcta interpretación de estas ondas resulta fundamental para identificar alteraciones hemodinámicas y diferenciarlo de problemas técnicos del sistema de monitoreo.⁷

Se pueden detectar alteraciones hemodinámicas mediante el trazado de la PAI.

- **Ondas "v" gigantes** sugieren una insuficiencia mitral grave, es decir el flujo sanguíneo regresa con fuerza a la aurícula en sístole, o una sobrecarga extrema de volumen.
- **Las ondas "a" prominentes** indican resistencia al vaciado auricular, como en la estenosis mitral o la pérdida de la distensibilidad del ventrículo izquierdo.
- **La ausencia de onda "a"**, es característica de la fi-

Figura 1. Representación gráfica de la curva normal que se registra cuando el catéter se encuentra en la aurícula izquierda



Fuente: Imagen generada por inteligencia artificial.

brilación auricular o ritmos de la unión. En este último el estímulo eléctrico no nace del nódulo sinusal, nace en la unión entre las aurículas y los ventrículos alterando el orden normal de la contracción.

Respecto a los problemas técnicos, es necesario distinguir un trazado amortiguado producido por burbujas de aire, tubuladuras excesivamente largas o un catéter enclavado de forma permanente, de una pérdida real de la pulsatilidad por disfunción ventricular.

Hay algunas consideraciones a tener en cuenta en la monitorización de PAI en recién nacidos. Las frecuencias cardíacas elevadas en el neonato acortan el ciclo cardíaco, por lo que algunas ondas pueden verse menos definidas o fusionadas entre sí.

La onda "c" suele ser difícil de identificar debido a la rapidez del ciclo cardíaco y al amortiguamiento del sistema de monitoreo.

La amplitud de las ondas puede variar según la *compliance* ventricular, las presiones pulmonares y la presencia de cardiopatías congénitas.

En los recién nacidos críticos, especialmente en el postoperatorio cardíaco, la interpretación debe correlacionarse siempre con el estado clínico.

INDICACIONES DE MONITOREO DE LA PRESIÓN AURICULAR IZQUIERDA

La monitorización de la PAI se utiliza principalmente en recién nacidos con cardiopatías congénitas complejas durante el período postoperatorio inmediato. Su implementación resulta especialmente útil en patologías como el síndrome de corazón izquierdo hi-

poplásico, el retorno venoso pulmonar anómalo total obstructivo, la estenosis o atresia mitral, los defectos septales de gran tamaño y la transposición de grandes arterias.

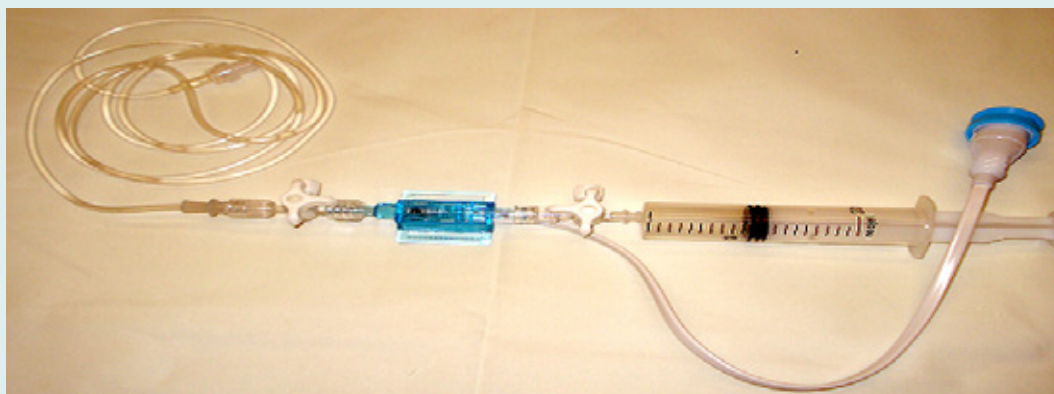
En estos pacientes, la monitorización permite evaluar la precarga ventricular izquierda, detectar precozmente hipertensión venosa pulmonar y evaluar situaciones de congestión pulmonar o bajo gasto cardíaco. Asimismo, facilita la identificación temprana de alteraciones residuales posteriores a la cirugía y contribuye a orientar las intervenciones terapéuticas de manera individualizada. Permite evaluar la precarga, medir de forma directa las presiones de llenado del ventrículo izquierdo para optimizar el manejo hídrico, ajustar con precisión el soporte inotrópico, y prevenir complicaciones al detectar precozmente signos de congestión pulmonar o falla de bomba. Además, al analizar las tendencias, permite conocer la evolución hemodinámica frente a cambios en la asistencia respiratoria mecánica.

La PAI se monitoriza en el postoperatorio de múltiples cardiopatías congénitas. La **Tabla 1** resume algunas de ellas y la razón por que se utiliza.

MÉTODOS DE MONITOREO DE LA PRESIÓN AURICULAR IZQUIERDA

La PAI se monitoriza mediante técnicas invasivas, generalmente a través de un catéter colocado durante el procedimiento quirúrgico cardiovascular. Dicho catéter se conecta a un sistema de transducción que permite visualizar en tiempo real la curva de presión y obtener valores numéricos continuos.

Figura 2. Catéter para medir la presión de aurícula izquierda

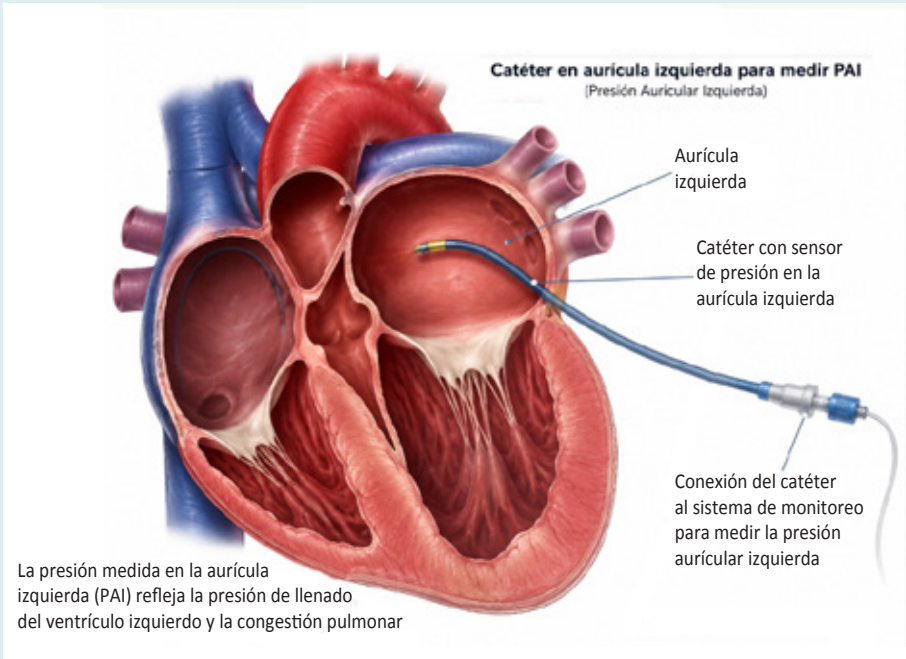


Fuente: Gentileza de Eva Espinoza.

En neonatos se utilizan catéteres de pequeño calibre debido al tamaño reducido de las estructuras cardiovasculares y a la fragilidad del paciente crítico (**Figura 2**). Las líneas intracardiacas transtórnicas represen-

tan una alternativa ampliamente utilizada, ya que permiten monitorizar las presiones intracardiacas y conservar accesos venosos centrales en pacientes con cardiopatías complejas (**Figura 3**).

Figura 3. Ubicación del catéter para medir la presión auricular izquierda



Fuente: Imagen generada por inteligencia artificial.

Tabla 1. Indicaciones y objetivos de monitorización de la presión auricular izquierda

INDICACIONES	OBJETIVOS DE LA MONITORIZACIÓN DE LA PAI
Síndrome de corazón izquierdo hipoplásico	Evaluar el equilibrio del flujo pulmonar (Qp) y el sistémico (Qs) y la congestión pulmonar
Retorno venoso pulmonar anómalo total obstructivo	Detectar hipertensión venosa pulmonar
Estenosis mitral congénita	Cuantificar la obstrucción de vaciamiento de la AI
Atresia mitral	Evaluar la presión retrógrada pulmonar
Canal auriculoventricular completo	Medir la presión de llenado izquierda
Comunicación interventricular grande	Evaluar hiperflujo pulmonar y congestión
Insuficiencia mitral grave	Evaluar sobrecarga de volumen en AI

PAI: presión auricular izquierda; AI: aurícula izquierda.
Fuente: elaboración propia.

La preparación rigurosa del sistema de monitorización es una condición indispensable para garantizar la confiabilidad de las mediciones. Esto requiere la correcta calibración del transductor y su nivelación estricta con el eje flebotático (línea medio axilar). Asimismo, el circuito debe permanecer completamente purgado, libre de aire y de coágulos; la presencia de burbujas no solo amortigua la onda y ofrece falsos valores, sino que incrementa el riesgo de embolismo aéreo.

RECEPCIÓN DEL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO

Al ingreso del recién nacido desde el quirófano, el profesional de enfermería debe realizar una evaluación integral del estado clínico y del sistema de monitoreo.

Se debe asegurar la estabilidad del catéter auricular izquierdo, confirmar su fijación, su permeabilidad y la ausencia del reflujo hemático. También verificar que las conexiones se encuentren seguras y que la curva de presión presente una morfología adecuada.

La ausencia de una curva confiable puede indicar obstrucción, presencia de aire, acodamiento o desplazamiento del catéter, por lo que requiere una evaluación inmediata. Además, debe corroborarse que el sistema de transducción esté correctamente purgado, calibrado y nivelado.

La evaluación inicial debe integrarse con la evaluación clínica global del paciente, considerando parámetros como frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno, perfusión periférica y estabilidad hemodinámica.⁹

MONITOREO CONTINUO Y MANEJO CLÍNICO

La monitorización continua de la PAI permite identificar precozmente cambios hemodinámicos y orientar las decisiones terapéuticas. Sin embargo, su interpretación no debe realizarse de manera aislada, sino en conjunto con otros parámetros clínicos y hemodinámicos, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la diuresis, la perfusión periférica, el lactato sérico y los parámetros ventilatorios, dado el impacto de la interacción cardiopulmonar.

ABORDAJE ANTE LA PRESIÓN AURICULAR IZQUIERDA ELEVADA

La elevación de la PAI sugiere un aumento de la presión de llenado del ventrículo izquierdo, lo que puede

estar asociado a sobrecarga de volumen, disfunción miocárdica o alteraciones en el retorno venoso pulmonar.

En este contexto, se recomienda evaluar signos clínicos de congestión pulmonar como el aumento del trabajo respiratorio (crepitantes, deterioro de la oxigenación), analizar parámetros ventilatorios como niveles elevados de presión positiva al final de la espiración (PEEP) o de la presión media de la vía aérea. Finalmente se debe evaluar la función ventricular izquierda mediante la evaluación clínica y, el uso de otros métodos de monitorización.

ABORDAJE ANTE LA PRESIÓN AURICULAR IZQUIERDA BAJA

Valores disminuidos de PAI suelen reflejar una reducción de la precarga, generalmente asociada a hipovolemia o disminución del retorno venoso. Ante este escenario, se debe realizar un balance integral de la perfusión periférica mediante la evaluación del relleno capilar, la temperatura, el control de diuresis horaria, analizar la presión arterial y la frecuencia cardíaca, considerar marcadores de perfusión como el lactato y variables macro hemodinámicas.

La observación de las tendencias a lo largo del tiempo resulta más útil que la evaluación aislada de un valor numérico. En este contexto, el rol del profesional de enfermería es fundamental, ya que implica la detección precoz de cambios clínicos, la comunicación oportuna al equipo médico y la implementación segura de las medidas terapéuticas indicadas.¹⁰

INTERACCIÓN ENTRE VENTILACIÓN MECÁNICA Y PRESIÓN AURICULAR IZQUIERDA

La ventilación mecánica ejerce un impacto significativo sobre la hemodinamia cardiovascular neonatal. La aplicación de presión positiva, especialmente mediante el uso de PEEP, aumenta la presión intratorácica y puede modificar el retorno venoso pulmonar y la precarga ventricular izquierda.

Estas modificaciones generan variaciones en la PAI que deben interpretarse dentro del contexto ventilatorio del paciente. Tanto la sobredistensión pulmonar como la atelectasia pueden alterar la hemodinamia y favorecer incrementos de la PAI asociados a deterioro de la oxigenación.

Por este motivo, la interpretación de la PAI debe integrarse con la evaluación de variables ventilatorias,

del estado ácido-base y clínicas, permitiendo una evaluación más precisa del estado hemodinámico neonatal.¹¹

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL CATÉTER AURICULAR IZQUIERDO

El cuidado del catéter auricular izquierdo requiere un abordaje integral basado en la vigilancia continua y la aplicación rigurosa de medidas de seguridad. La correcta fijación del dispositivo y el mantenimiento de un sistema cerrado resultan fundamentales para evitar desplazamientos accidentales, infecciones y embolias aéreas.

La permeabilidad de la línea debe evaluarse periódicamente, evitando manipulaciones innecesarias que incrementen el riesgo de complicaciones. Toda intervención sobre el sistema debe realizarse bajo técnica aséptica estricta.

Asimismo, la calidad de la curva de presión debe controlarse de manera permanente. Alteraciones en la morfología del trazado pueden indicar obstrucción, acodamiento, presencia de coágulos o mal funcionamiento del sistema de transducción.

La calibración correcta del monitor constituye otro aspecto esencial para garantizar mediciones confiables. El transductor debe mantenerse adecuadamente nivelado y calibrado según el protocolo institucional.¹²

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE COMPLICACIONES

La vigilancia continua del paciente y del sistema de monitoreo permite identificar precozmente complicaciones relacionadas tanto con el catéter como con las alteraciones hemodinámicas.

Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran el sangrado, la infección, la trombosis, la embolia aérea y la obstrucción del sistema. La aparición de signos de dificultad respiratoria, deterioro de la oxigenación o cambios en la curva de presión puede sugerir elevación de la PAI y desarrollo de congestión pulmonar.

El profesional de enfermería cumple un rol central en la detección temprana de estas alteraciones mediante la observación continua del paciente, la evaluación del sitio de inserción y la interpretación de parámetros clínicos y hemodinámicos.

La prevención se basa en la aplicación estricta de téc-

nicas asépticas, el mantenimiento de un sistema cerrado, la adecuada desinfección de las conexiones y la minimización de las manipulaciones del catéter. Del mismo modo, la capacitación continua del personal y la implementación de paquetes de medidas (*bundles*) de mantenimiento contribuyen significativamente a disminuir eventos adversos e infecciones asociadas a catéteres.¹³⁻¹⁷

RETIRO DEL CATÉTER

El retiro del catéter auricular izquierdo se realiza generalmente por indicación médica cuando el paciente presenta estabilidad hemodinámica sostenida y ya no requiere monitoreo invasivo. Este proceso se ordena en tres fases:

- Previo al retiro, se deben verificar el perfil de coagulación del paciente y preparar el material necesario para un procedimiento seguro, que incluye insumos de emergencia.
- Durante la extracción, el profesional de enfermería debe colaborar activamente, garantizando condiciones de asepsia y monitoreo continuo del trazado electrocardiográfico y de los signos vitales.
- Una vez finalizada la extracción, realizar una compresión manual controlada. La evaluación del paciente debe estar dirigida a la detección precoz de hemorragias, hematomas o signos compatibles con taponamiento cardíaco.

REGISTRO Y COMUNICACIÓN

El registro constituye un componente esencial del protocolo. Toda medición de la PAI, así como las intervenciones realizadas y los cambios clínicos observados, deben documentarse de manera clara y precisa.

La comunicación efectiva dentro del equipo interdisciplinario permite una respuesta oportuna ante cambios en el estado del paciente, favoreciendo la toma de decisiones basadas en información actualizada.

CONCLUSIONES

El manejo de la PAI en el recién nacido postquirúrgico requiere un enfoque integral, donde la precisión técnica, la interpretación clínica y la vigilancia continua se combinan para garantizar la seguridad del paciente. En este contexto, el rol de enfermería resulta indispensable, constituyéndose en un pilar fundamental del cuidado en la unidad neonatal.

REFERENCIAS

1. Nedelcu C, Ionescu NS, Bizubac AM, Filip C, Cirstoveanu C. Trends and Challenges in Noninvasive Hemodynamic Monitoring of Neonates Following Cardiac Surgery: A Narrative Review. *Life (Basel)*. 2025 Oct 17;15(10):1621. doi: 10.3390/life15101621.
2. Chandler HK, Kirsch R. Management of the Low Cardiac Output Syndrome Following Surgery for Congenital Heart Disease. *Curr Cardiol Rev*. 2016 May;12(2):107–111. doi: 10.2174/1573403X12666151119164647.
3. Melo R, Galindo V, Gioli-Pereira L, Joelsons D, Assunção M, Alves B, et al. Hemodynamic monitoring strategies in cardiac surgery: an update systematic review. *J Clin Monit Comput*. 2026 Feb;40(1):7-20. doi: 10.1007/s10877-025-01407-7.
4. Wang P, Fu C, Bai G, Cuan L, Tang X, Jin C, et al. Risk factors of postoperative low cardiac output syndrome in children with congenital heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Front. Pediatr*. 2023;10:954427. doi: 10.3389/fped.2022.954427
5. Mavroudis C, Backer CL. *Pediatric cardiac surgery*. 4th ed. Philadelphia: Wiley-Blackwell; 2013.
6. Rudolph AM. Congenital diseases of the heart. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
7. Nichols DG, Cameron DE, Greeley WJ, et al. Critical heart disease in infants and children. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.
8. Williams WG. Surgical outcomes in congenital heart disease: expectations and realities. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2005 Jun;27(6):937-44. doi: 10.1016/j.ejcts.2005.02.009.
9. Spenceley N, MacLaren G, Kissoon N, Macrae DJ. Monitoring in pediatric cardiac critical care: a worldwide perspective. *Pediatr Crit Care Med*. 2011 Jul;12(4 Suppl):S76-80. doi: 10.1097/PCC.0b013e3182211d66.
10. Davidson J, Tong S, Hancock H, Hauck A, da Cruz E, Kaufman J. Prospective validation of the vasoactive-inotropic score and correlation to short-term outcomes in neonates and infants after cardiothoracic surgery. *Intensive Care Med*. 2012 Jul;38(7):1184-90. doi: 10.1007/s00134-012-2544-x.
11. Ofori-Amanfo G, Cheifetz IM. Pediatric postoperative cardiac care. *Crit Care Clin*. 2013 Apr;29(2):185-202. doi: 10.1016/j.ccc.2013.01.003.
12. Alderete MF, Mosto M. Revisando técnicas: control de tensión arterial invasiva. *Rev Enferm Neonatal*. Abril 2019; 29:29-36. [Consulta: 26 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.revista.fundasamin.org.ar/revisando-tecnicas-control-de-tension-arterial-invasiva/>
13. Guidelines for the prevention of bloodstream infections and other infections associated with the use of intravascular catheters: Part 1: peripheral catheters [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. [Consulta: 26 de junio de 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38810002/>
14. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for prevention of central line-associated bloodstream infections in NICU patients [Internet]. Atlanta: CDC. [Consulta: 26 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Guideline-NICU-CLABSI-508.pdf>
15. London Health Sciences Centre. Standard of care: arterial line monitoring [Internet]. [Consulta: 26 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.lhsc.on.ca/critical-care-trauma-centre/standard-of-care-arterial-line-monitoring>

16. Ball M, Singh A. Care of a Central Line. [Updated 2023 Jul 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan. [Consulta: 26 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564398/>
17. Vargas C. Prevención de infecciones asociadas a catéteres en neonatología. *Rev Enferm Neonatal*. Abril 2022;38:37-42. [Consulta: 26 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.revista.fundasamin.org.ar/prevencion-de-infecciones-asociadas-a-cateteres-en-neonatalogia-uso-de-listas-de-cotejo/index.html>

Artículo de actualización

Hacia caída cero en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Towards zero fall in the Neonatal Intensive Care Unit *Rumo a zero queda na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*

Lic. María Dolores Ramírez Martiarena¹

RESUMEN

En el ámbito de la neonatología, la seguridad del recién nacido representa un desafío crítico que trasciende las definiciones convencionales de caída. Este artículo explora la prevención de caídas y desplazamientos accidentales, definidos como descensos repentinos que resultan en el contacto involuntario del neonato con el suelo u otra superficie. En Argentina, se estima que esta realidad podría afectar potencialmente a entre 240 y 660 recién nacidos cada año; una cifra que recuerda que, debido a su fragilidad absoluta, todo neonato enfrenta un riesgo universal.

Frente a este escenario, se propone transformar la cultura del cuidado mediante tres ejes: la protección del escenario del cuidado, asegurando barreras físicas como incubadoras; la seguridad en el movimiento, que demanda vigilancia extrema durante traslados y procedimientos; y la consolidación de la sostenibilidad institucional, mediante una gestión operativa que promueva la transparencia reflexiva ante el error y el monitoreo continuo de riesgos. Finalmente, se destaca que la vigilancia profesional activa y la corresponsabilidad familiar son la única autonomía real del neonato para garantizar un entorno libre de eventos evitables.

Palabras clave: seguridad del paciente; recién nacido; accidentes por caídas; evento adverso; vigilancia sanitaria de servicios de salud.

ABSTRACT

In the field of neonatology, newborn safety represents a critical challenge that transcends conventional definitions of a fall. This article explores the prevention of falls and accidental drops, defined as sudden descents resulting in the neonate's involuntary contact with the floor or other surfaces. In Argentina, it is estimated that this reality could potentially affect between 240 and 660 newborns each year; a figure that reminds us that, due to their absolute fragility, every neonate faces a universal risk.

In response to this scenario, a shift in care culture is proposed through three fundamental pillars: protecting the care setting, by securing physical barriers such as incubators; ensuring safety in movement, which demands extreme vigilance during transfers and procedures; and consolidating institutional sustainability through operational management that promotes reflective transparency regarding errors and continuous

1. Licenciada en Enfermería. Enfermera asistencial, Servicio de Neonatología, Hospital Municipal Materno Infantil, San Isidro, Provincia de Buenos Aires, Argentina. ORCID 0009-0003-2910-9309

Correspondencia: mariadoloreslolasalud@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 24 de febrero de 2026

Aceptado: 19 de junio de 2026

risk monitoring. Finally, it is highlighted that active professional oversight and family co-responsibility represent the neonate's only true autonomy in guaranteeing an environment free from avoidable events.

Keywords: *patient safety; infant, newborn; accidental falls; adverse events; health services surveillance.*

RESUMO

No âmbito da neonatologia, a segurança do recém-nascido representa um desafio crítico que transcende as definições convencionais de queda. Este artigo explora a prevenção de quedas e impactos acidentais, definidos como descidas repentinas que resultam no contato involuntário do neonato com o solo ou outra superfície. Na Argentina, estima-se que esta realidade poderia afetar potencialmente entre 240 e 660 recém-nascidos a cada ano; uma cifra que recorda que, devido à sua fragilidade absoluta, todo neonato enfrenta um risco universal.

Diante deste cenário, propõe-se transformar a cultura do cuidado por meio de três eixos: a proteção do cenário do cuidado, garantindo barreiras físicas como incubadoras; a segurança no movimento, que exige vigilância extrema durante traslados e procedimientos; e a consolidação da sustentabilidade institucional, por meio de uma gestão operacional que promova a transparência reflexiva diante do erro e o monitoramento contínuo de riscos. Finalmente, destaca-se que a vigilância profissional ativa e a corresponsabilidade familiar são a única autonomia real do neonato para garantir um ambiente livre de eventos evitáveis.

Palavras-chave: *segurança do paciente; recém-nascido; acidentes por quedas; eventos adversos; vigilância de serviços de saúde.*

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n51.02>

Cómo citar: Ramírez Martiarena MD. Hacia caída cero en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2026;51:15-22.

INTRODUCCIÓN

En el entorno de la neonatología, la definición de caída trasciende el concepto convencional y plantea un desafío crítico sobre la seguridad del recién nacido (RN). La Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) define la caída neonatal como un descenso repentino e involuntario, con o sin lesiones para el paciente, que da como resulta-

do que este quede apoyado en el suelo o contra otra superficie, persona u objeto, incluyendo la propia unidad de cuidado, ya sea la incubadora o la cuna.¹ Se considera caída cuando un recién nacido se desliza o cae de las manos, brazos o regazo de cualquier persona —profesional, familiar o visitante—, incluso durante la transferencia entre personas o superficies. La literatura actual sostiene que la caída (*fall*) y el desplazamiento accidental desde los brazos (*drop*) deben considerarse sinónimos para efectos de análisis, independientemente del daño resultante o la superficie de impacto.¹⁻³

Por tanto, para estandarizar el lenguaje en este documento, se define el desplazamiento accidental como la pérdida repentina e involuntaria del control físico del neonato mientras se encuentra bajo el cuidado de un adulto, o durante su transferencia entre superficies, resultando en un descenso abrupto del paciente. A diferencia de la caída desde una superficie estática como la incubadora o el lugar de procedimientos, el desplazamiento accidental implica siempre un factor dinámico de manipulación humana, compartiendo con la primera la misma vulnerabilidad y el carácter de evento adverso prevenible.

Partiendo de esta base, la AWHONN apunta a definir el riesgo universal: todo recién nacido, por su absoluta dependencia y vulnerabilidad, es candidato a sufrir una caída.¹ Reportes epidemiológicos de la Joint Commission^{3,4} y del National Perinatal Information Center (NPIC)² de los Estados Unidos sitúan la incidencia de caídas y desplazamientos accidentales en el entorno intrahospitalario en un rango de 0,6 a 1,6 por cada 1000 nacidos vivos.

En Argentina, de acuerdo con los últimos reportes oficiales de estadísticas vitales de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS), se registraron 413 135 nacidos vivos en el año 2024.⁵ Al extrapolar la incidencia internacional, esta realidad podría afectar potencialmente a un rango de entre 240 y 660 neonatos cada año en nuestro país.

A pesar de que la caída neonatal está tipificada como un evento centinela de notificación obligatoria bajo el marco de la legislación nacional de Seguridad del Paciente, y de la creación del Registro Unificado de Eventos Centinela (RUDEC) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, en la actualidad no se dispone de un sistema de acceso público con estadísticas epidemiológicas específicas y consolidadas sobre este suceso. Esta brecha en el registro específico de caídas no debe interpretarse como una ausencia de incidentes, sino como una excelente oportunidad de mejora institucional para promover una cultura de reporte

transparente, reflexiva, no punitiva, que visibilice el problema y permita consolidar planes de prevención locales eficaces, asumiendo el compromiso de caída cero no solo como una meta institucional, sino como un imperativo ético.

Desde esta perspectiva, el neonato se reconoce como un sujeto de alto riesgo universal. Debido a su fragilidad absoluta, este riesgo posee un carácter predominantemente extrínseco, condicionado por la salvaguarda del entorno, el manejo de los dispositivos y la intervención de los cuidadores. Este abordaje se alinea estrictamente con la Meta 6 de Seguridad del Paciente de la Joint Commission International, cuyo objetivo es reducir el daño derivado de las caídas mediante la consolidación de una vigilancia profesional ininterrumpida, la cual constituye, en última instancia, la única autonomía real del recién nacido.⁶

El presente artículo tiene como objetivo sensibilizar y fortalecer el compromiso profesional en la prevención de accidentes por caídas y deslizamientos neonatales. Busca promover una vigilancia activa en el escenario de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), abordando la complejidad de su entorno tecnológico, sus dinámicas de manejo clínico y las pautas estratégicas para la gestión institucional, transformando nuestra mirada del cuidado en una presencia protectora que garantice un espacio profundamente humano, seguro y libre de riesgos evitables.

Para su comprensión, el texto se organiza en tres dimensiones fundamentales:

- A. El escenario del cuidado:** enfocado en las barreras físicas, la adecuación tecnológica y la consolidación de la alianza familiar a través de la corresponsabilidad empática.
- B. La seguridad en el movimiento:** centrada en los momentos críticos de transferencia, transporte y procedimientos clínicos que exigen una vigilancia profesional absoluta.
- C. La sostenibilidad institucional:** orientada a las propuestas de gestión operativa, a la cultura de transparencia reflexiva ante el error, el uso de herramientas de monitoreo y la implementación de estrategias de prevención.

A. EL ESCENARIO DEL CUIDADO: BARRERAS DE PROTECCIÓN

Dado que el riesgo no depende de la propia movilidad del neonato, la prevención se basa en la integridad de las barreras físicas y la disciplina del equipo. La falla

suele radicar en el quiebre de los hábitos de seguridad; aquí, la vigilancia de enfermería es la única autonomía del neonato.

El cierre seguro

Aunque las incubadoras son entornos cerrados, su seguridad depende del correcto trabado de puertas. Se prioriza el cierre silencioso, delicada técnica para percibir el clic de seguridad con presión controlada, protegiendo el neurodesarrollo. Es imperativo realizar una verificación visual y un test de tracción manual tras cada intervención que requirió la apertura de ventanas para confirmar que el mecanismo ha quedado anclado.⁷

Las servocunas, por su diseño abierto y barandas de baja altura, presentan mayor vulnerabilidad. La norma es absoluta: cuatro barandas elevadas y trabadas. Si se bajan, la vigilancia visual resulta insuficiente; la mano del operador debe constituirse en una barrera física y efectiva constante. Esta presencia táctil previene deslizamientos ante reflejos bruscos, reafirmando que el contacto humano es el componente final del sistema de seguridad.

Gestión del entorno y control de tracciones

La seguridad emerge de la organización armónica del equipo. Un entorno sobrepasado por sensores, cables y circuitos de ventilación sin disposición consciente puede comprometer la integridad del paciente.^{8,9} Cada conexión requiere una longitud precisa: flexible para respetar el movimiento natural, pero firme para evitar tensiones. Una tubuladura tensa actúa como palanca mecánica capaz de traccionar al recién nacido hacia los bordes de la unidad o zonas de riesgo. La protección reside en la supervisión constante, asegurando que cada conexión actúe como aliado y no como amenaza para la integridad del recién nacido.

Educación y corresponsabilidad familiar

Integrar a los padres es una educación empática imprescindible que los vuelve custodios activos.^{10,11} Esta alianza comienza con el aprendizaje del clic de seguridad y la regla de la distancia cero. En la UCIN, el segundo que toma alcanzar un insumo fuera del alcance inmediato basta para romper la barrera de protección. La premisa es absoluta: ningún recién nacido debe permanecer con la baranda baja o puerta abierta sin que la mano del cuidador actúe como ancla constante. El personal de enfermería, en su rol de educador

Tabla 1. Estrategias para la prevención de caídas neonatales

Dimensión	Subárea	Riesgo identificado	Estrategias de prevención	Rol de enfermería
Escenario del cuidado	Cierre seguro	Apertura accidental por falla de ventanas, puertas o barandas bajas.	Técnica del cierre silencioso, test de tracción manual y cuatro barandas elevadas.	Verificación visual y mecánica sistemática post-intervención.
	Gestión del entorno	Tracción mecánica por sensores y circuitos tensos.	Organización consciente del equipamiento con longitud precisa y flexible.	Supervisión y reordenamiento continuo del entorno tecnológico.
	Corresponsabilidad familiar	Manipulación insegura o quiebre de barreras por desconocimiento.	Educación empática sobre la regla de la distancia cero y el clic de seguridad.	Capacitación, validación de prácticas parentales y acompañamiento continuo.
	Uso de la incubadora de transporte	Desplazamientos o colisiones durante traslados fuera de la UCIN.	Restricción de traslados en brazos; uso de unidades con estructura de hierro y frenos activos.	Garantizar la transferencia y el tránsito seguro entre servicios.
	Atención plena	Fragmentación cognitiva y distracciones durante procedimientos.	Promoción del silencio operativo y enfoque unidireccional de la tarea.	Presencia consciente, vigilancia activa y retiro de equipos defectuosos.
	Trabajo en equipo	Fallas de coordinación multidisciplinar al pie del paciente.	Asignación de roles (sostén en espejo) y comunicación de cierre estandarizada.	Liderazgo de la seguridad y sincronización verbal del cierre de la unidad.
Seguridad en el movimiento	Transiciones asistidas	Pérdida de control físico o deslizamiento (<i>drop</i>) durante transferencias.	Trayectos despejados, movimientos suaves y provisión de soporte ergonómico familiar.	Supervisión directa y resguardo de la estabilidad de accesos y CPAP.
	Contacto piel a piel (COPAP)	Deslizamiento por fatiga del cuidador o tracción de dispositivos invasivos.	Fijación previa de accesos, soporte ergonómico estricto y evaluación del cansancio familiar.	Monitoreo continuo del binomio como sostén invisible (Alerta 66 JCI).
	Superficies de exposición	Caídas o sobresaltos en balanza, baño o procedimientos.	Pesaje contenido, contención manual (mano en C) y técnica de baño envoltura (<i>swaddled bathing</i>).	Protección física constante; prohibición absoluta de dejar solo al neonato.
Factores clínicos	Dinámica biológica del paciente	Movimientos bruscos, involuntarios o desorganizados (encefalopatías, abstinencia, convulsiones).	Adecuación de nidos, estabilización neuromuscular previa y reducción de estímulos ambientales.	Evaluación clínica continua del riesgo dinámico y ajuste de las barreras humanas.

Fuente: Elaboración propia.

y custodio, validará constantemente estas prácticas, asegurando que el entorno del bebé sea siempre un refugio seguro.

La incubadora

La incubadora es el único entorno seguro para el descanso y la estabilidad del paciente. La estructura de hierro y el uso de frenos de bloqueo son medidas de seguridad pasiva esenciales que evitan desplazamientos accidentales ante apoyos externos o colisiones involuntarias. Cualquier traslado fuera de la UCIN para estudios complementarios debe realizarse estrictamente dentro de una unidad de transporte adecuada y nunca en brazos.¹² Esta práctica funciona como cinturón de seguridad ante tropiezos, garantizando que la incubadora o la cuna sean un nido móvil que preserve la integridad del recién nacido durante el tránsito.

La atención plena

La eficacia de las barreras queda anulada ante la fragmentación de la atención. En la UCIN, la concentración en el trabajo es un estado mental necesario y crítico. Promover un silencio operativo beneficia el neurodesarrollo y permite centrar los sentidos en el procedimiento actual. La seguridad se quiebra en la distracción; al manipular la unidad o realizar una transferencia, la atención debe ser unidireccional: la mente donde están las manos.¹³

El cuidado como tarea compartida

La seguridad se fortalece con roles definidos. En estudios de cabecera, mientras el especialista se enfoca en el diagnóstico, enfermería garantiza la estabilidad. Por su parte, el equipo médico de neonatología asegura de manera espontánea la verificación de barandas y el cierre como parte de su cultura de seguridad. Esta dinámica se apoya en estrategias clave, tales como el sostén en espejo, donde un profesional interviene mientras otro, desde el lado opuesto, brinda un contacto firme y protector. También se destaca la comunicación de cierre para sincronizar el final del procedimiento, implementando un intercambio de frases como una metodología de comunicación efectiva (ej. retiro mis manos/entendido, unidad cerrada y verificada.) que asegure que el recién nacido está bajo resguardo.^{14,15}

Ante fallas de un equipo, es imperativo retirarlo y señalarlo como no seguro; un dispositivo defectuoso es un evento adverso en potencia.^{14,15}

B. LA SEGURIDAD EN EL MOVIMIENTO

El riesgo aumenta en zonas de transición, donde la técnica debe fusionarse con una presencia física absoluta.

Transiciones y traslados asistidos

El riesgo se intensifica en los vacíos de barreras al transitar del nido tecnológico a los brazos familiares. Estas maniobras, ya sean para el amamantamiento, la estimulación de la succión al pecho o el sostén en brazos por parte de la familia, requieren una ejecución suave y precisa. Es vital asegurar que el familiar cuente con un soporte ergonómico adecuado que prevenga un desplazamiento accidental del recién nacido. Cada trayecto requiere un entorno despejado de cables. Toda transferencia debe proteger la estabilidad de los soportes vitales como la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) o los drenajes, entendiendo que cada movimiento es un puente entre tecnología y afecto.^{16,17}

El contacto piel a piel (COPAP)

El contacto piel a piel inmediato y progresivo es un derecho esencial y un pilar del neurodesarrollo; sin embargo, el escenario de la UCIN presenta desafíos de seguridad particulares ante la presencia de dispositivos invasivos, el estrés ambiental y el agotamiento acumulado de los familiares, factores que no pueden ser ignorados.^{11,16,18} Siguiendo las recomendaciones de la Alerta de Evento Centinela número 66 de la Joint Commission,⁴ la vigilancia profesional se convierte en el sostén invisible que garantiza que este primer vínculo ocurra resguardado de incidentes por deslizamiento o caídas accidentales.

Superficies de exposición

El control de peso y el baño son momentos de extrema vulnerabilidad que exigen un enfoque integral desde el cuidado del neurodesarrollo y la seguridad. Actualmente, las prácticas de antropometría y confort han evolucionado hacia modelos de mínima estimulación y contención física. En la balanza, el uso de nidos o sábanas protectoras pre-pesadas previene las respuestas reflejas de sobresalto; asimismo, la mano del profesional en forma de C suspendida sobre el torso, sin ejercer presión directa, funciona como un anclaje invisible ante cualquier movimiento imprevisto. Durante el baño, la implementación de la técnica de

baño envoltura o con contención reduce drásticamente el estrés neuromuscular y térmico, minimizando los desplazamientos defensivos,¹⁹ mientras que el agarre firme del brazo distal por parte del adulto garantiza la estabilidad en el agua. En superficies abiertas destinadas a la colocación de vías o toma de muestras, jamás debe dejarse al neonato solo.¹⁸ La colaboración física y la asistencia de un colega permiten alcanzar la máxima concentración en la técnica y garantizan la protección absoluta del paciente.

Factores situacionales de riesgo clínico

El riesgo de desplazamiento varía de manera dinámica según la condición clínica del paciente. Los recién nacidos en etapa de recuperación nutricional poseen mayor fuerza y energía de desplazamiento, mientras que aquellos que cursan con encefalopatías presentan movimientos desorganizados e impredecibles. Bajo esta misma alerta, cuadros que cursan con alta irritabilidad neuromuscular –como el síndrome de abstinencia o los episodios convulsivos– exponen al neonato a temblores graves, crisis espasmódicas y reflejos de sobresalto hiperactivos. Estos movimientos bruscos e involuntarios alteran los límites del nido y duplican el riesgo de una pérdida de sujeción física. La evaluación clínica continua debe traducirse en un refuerzo inmediato de las barreras físicas y humanas; la seguridad no es estática, sino que se adapta al nivel de actividad, las crisis biológicas y el desarrollo de cada paciente.

C. SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL: HACIA LA META DE CAÍDA CERO EN LA UCIN

El tránsito de una meta declarativa como la de caída cero hacia una práctica clínica arraigada exige evolucionar y consolidar la cultura organizacional del servicio. La seguridad del paciente no se consolida mediante la formalización de protocolos o guías de procedimientos, sino a través de una cultura proactiva que promueva y unifique los comportamientos del equipo de salud. Para alinear y potenciar las prácticas actuales bajo un enfoque de protección en capas,²⁰ la gestión del servicio encuentra un soporte valioso en un conjunto de ejes estratégicos diseñados específicamente para el abordaje de la seguridad física, enfocados a la prevención de caídas y deslizamientos como los que se detallan a continuación:

- Establecimiento de un lema compartido: Instituir una consigna común enfocada en el resguardo

del recién nacido –visible en carteleras del servicio– funciona como un refuerzo constante que reafirma nuestro compromiso ético con la meta de cero caídas.

- Simulacros de seguridad del entorno: Realizar ejercicios prácticos en la unidad para entrenar la capacidad de respuesta rápida ante fallas en las barreras físicas –como cierres de incubadoras o trabas de barandas– permite mecanizar las maniobras de contención necesarias para prevenir caídas. Estos ejercicios transforman la teoría en una respuesta refleja, fortaleciendo la vigilancia activa de todo el equipo.
- Entrenamiento en factores humanos e integración familiar: Capacitar al equipo en habilidades no técnicas –como la conciencia situacional ante la fatiga del familiar y la comunicación asertiva– permite incorporar a los padres mediante una orientación empática al pie de la incubadora. Este entrenamiento facilita que la familia reconozca e implemente, de forma natural, el clic de seguridad y la regla de la distancia cero, mitigando así el riesgo de deslizamiento en brazos.
- Capacitación continua y transversal: Incorporar la prevención de incidentes por deslizamientos y caídas en el manejo del recién nacido en la UCIN dentro de las instancias de formación de todo el ámbito hospitalario. Esta estrategia asegura que todo profesional –permanente, especialistas de interconsulta, personal de higiene– comparta un lenguaje común y domine las maniobras seguras de sujeción, integrando la seguridad física como un estándar institucional ineludible.
- Monitoreo del riesgo y retroalimentación clínica: Consolidar un sistema de seguimiento mediante indicadores de seguridad que actúen como señales de alerta. La clave reside en la devolución sistemática de estos resultados al personal de la UCIN, transformando los datos en información objetiva para la mejora asistencial. Mediante el análisis periódico de reportes, se identifican y resuelven en equipo las fallas latentes, garantizando que cada evento analizado se traduzca en ajustes concretos sobre el terreno, sin burocratizar la tarea asistencial.
- Auditoría mediante simulación (*safety walk-throughs*): Implementar recorridos de seguridad colaborativos liderados por la supervisión de enfermería y el comité de seguridad del paciente. Estas auditorías analizan los procesos en tiempo real, para detectar de manera proactiva dispositivos defectuosos, cables en tensión o brechas en

la atención plena, permitiendo una intervención inmediata antes de que se produzca un evento adverso.²¹

Cabe destacar que la implementación de estos ejes debe entenderse como un proceso progresivo de mejora continua, sujeto a las particularidades asistenciales y a la disponibilidad de recursos de cada unidad. No obstante, esta flexibilidad no exime el compromiso con el estándar de seguridad, entendiendo que la cultura institucional es una construcción dinámica que se consolida mediante la vigilancia y la responsabilidad compartida, y no como un estado final alcanzable de forma instantánea.

CONCLUSIONES

La meta de caída cero nace de una verdad fundamental: el recién nacido habita un espacio de vulnerabilidad absoluta donde su seguridad depende enteramente de nuestra vigilancia. Este artículo ha demostrado que, en la UCIN, el riesgo de caídas y

deslizamientos es una constante que requiere un abordaje integral, trascendiendo los protocolos aislados para consolidar una sostenibilidad institucional basada en la excelencia.

El verdadero compromiso profesional se manifiesta al integrar la seguridad física como un estándar ineludible, donde la calidad del cuidado es el resultado de un sistema organizado y consciente. Al promover una cultura de vigilancia activa y una gestión operativa basada en el análisis reflexivo, logramos transformar la práctica diaria en un entorno de protección confiable. En última instancia, la vigilancia profesional no es solo una tarea asistencial; es el ejercicio de la única autonomía real que el recién nacido posee. Si bien la excelencia en neonatología abarca múltiples dimensiones de conocimiento y cuidado, la seguridad constituye su pilar innegociable. Proteger al neonato mediante un entorno consciente y sostenible es, por tanto, el compromiso ético que garantiza el inicio de una vida libre de eventos evitables.

REFERENCIAS

1. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Prevention of Newborn Falls/Drops in the Hospital: AWHONN Practice Brief Number 9. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2020;49(5):500-2. doi: 10.1016/j.jogn.2020.06.004.
2. National Perinatal Information Center. Readiness, Recognition, and Response: Prevention of Newborn Falls. April 2023. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: <https://cheerequity.org/wp-content/uploads/2025/10/Readiness-Recognition-and-Response.-Prevention-of-Newborn-Falls.NPIC-GE.2023.pdf>
3. The Joint Commission. Preventing newborn falls and drops. Quick Safety. Mar 2018;40:1-2. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: <https://digitalassets.jointcommission.org/api/public/content/663baf3e0c1647358b4e8204b3f7a126?v=9410ee88>
4. The Joint Commission. Sentinel Event Alert 66: Eliminating disparities for pregnant patients. 2023;66:1-5. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-66-preventing-newborn-falls-and-drops/>
5. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Estadísticas Vitales: Información de Nacidos Vivos y Defunciones. Buenos Aires: Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS); Serie 5, Número 2024. Buenos Aires: MSAL; 2026. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: <https://datos.salud.gob.ar/dataset/nacidos-vivos-registrados-por-jurisdiccion-de-residencia-de-la-madre-republica-argentina-ano>
6. Joint Commission International. International Patient Safety Goals (IPSG): Goal 6: Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls. En: Standards for Hospitals. 7a ed. Oakbrook Terrace (IL): JCI; 2020. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/en/standards/international-patient-safety-goals>
7. Dräger. Isolette 8000 SC: Incubadora para bebés. Manual de instrucciones. Lübeck, Alemania: Drägerwerk AG & Co. KGaA; 1ª Edición. 1998. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: [http://www.frankshospitalworkshop.com/equipment/documents/infant_incubators/user_manuals/Dr%C3%A4ger%20Incubator%208000%20SC%20-%20User%20manual%20\(es\).pdf](http://www.frankshospitalworkshop.com/equipment/documents/infant_incubators/user_manuals/Dr%C3%A4ger%20Incubator%208000%20SC%20-%20User%20manual%20(es).pdf)

8. Perapoch López J, Pallás Alonso CR, Linde Sillo MA, Moral Pumarega MT, Benito Castro F, López Maestro M, et al. Cuidados centrados en el desarrollo: Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64(2):132-9. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-cuidados-centrados-el-desarrollo-situacion-articulo-13084172>
9. Sánchez Bañuelos LG, Pérez Gutiérrez J, Tamaris Velázquez FE, Delgado Rubio M. Seguridad del neonato hospitalizado. Aproximaciones y propuestas. *Enferm Univ*. 2012;9(2):31-8. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n2/v9n2a4.pdf>
10. American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care; Institute for Patient- and Family-Centered Care. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2012 Feb;129(2):394-404. doi: 10.1542/peds.2011-3084.
11. Patient Safety Movement Foundation. Mother/Baby Falls: Actionable Patient Safety Solutions (APSS). Irvine (CA): Patient Safety Movement Foundation; 2024. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: <https://psmf.org/wp-content/uploads/mother-baby-falls.pdf>
12. Benítez C. Implementación de un protocolo para reducir el riesgo de caídas de recién nacidos en internación conjunta. *Rev Enferm Neonatal*. Abr 2025;47:16-28. doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n47.02>.
13. Brado L, Tippmann S, Schreiner D, Scherer J, Plaschka D, Mildenerberger E, et al. Patterns of Safety Incidents in a Neonatal Intensive Care Unit. *Front Pediatr*. 2021 Jun 10;9:664524. doi: 10.3389/fped.2021.664524.
14. British Association of Perinatal Medicine (BAPM). Service Standards for Hospitals Providing Neonatal Care. Londres: BAPM; 2022. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.bapm.org/resources/service-standards-for-hospitals-providing-neonatal-care>
15. Safer Care Victoria. Neonatal clinical guidance. Melbourne: State Government of Victoria; 2020. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.safercare.vic.gov.au/clinical-guidance/neonatal>
16. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica: Cuidados del Recién Nacido Sano. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2021. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: <https://publicaciones.msal.gov.ar/items/7d4e33d0-379a-4c2f-b44c-9f664531853b/full>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada al recém-nascido: Método Canguru. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
18. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Immediate and Sustained Skin-to-Skin Contact for Healthy Late Preterm and Term Newborns After Birth: AWHONN Practice Brief Number 14. *Nurs Womens Health*. 2021 Oct;25(5):e9-e11. doi: 10.1016/j.nwh.2021.07.003.
19. Edraki M, Paran M, Montaseri S, Razavi Nejad M, Montaseri Z. Comparing the effects of swaddled and conventional bathing methods on body temperature and crying duration in premature infants: A randomized clinical trial. *J Caring Sci*. 2014 Jun 1;3(2):83-91. doi: 10.5681/jcs.2014.009.
20. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. Ginebra: OMS; 2021. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
21. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units[ISRCTN85147255] [corrected]. *BMC Health Serv Res*. 2005 Apr 11;5(1):28. doi: 10.1186/1472-6963-5-28. Erratum in: *BMC Health Serv Res*. 2005 Jun 10;5:46. doi: 10.1186/1472-6963-5-46.

Artículo original

Cuidados e intervenciones de enfermería para la díada madre-bebé y la familia. La salud mental perinatal desde una perspectiva integral

Nursing care and interventions for the mother-baby dyad and the family. Perinatal mental health from a holistic perspective

Cuidados e intervenções de enfermagem para a díade mãe-bebê e a família. Saúde mental perinatal numa perspectiva holística

Esp. Kelly Turcatti ¹

RESUMEN

La salud mental perinatal constituye un eje central en la continuidad del cuidado materno-infantil. Enfermería, como disciplina científica y práctica, desempeña un rol estratégico en la implementación de intervenciones que fortalecen la díada y el entorno familiar. El artículo sistematiza cuidados e intervenciones con bases teóricas válidas en el campo, con énfasis en la promoción de vínculos afectivos, la prevención de riesgos psicosociales y la consolidación de redes de apoyo comunitarias, considerando el cuidado de la salud mental. Los objetivos trazados fueron identificar cuidados de enfermería que promuevan la salud mental perinatal, describir intervenciones específicas para fortalecer la díada madre-recién nacido, plantear estrategias de apoyo familiar y comunitario con enfoque participativo. Cada cuidado supervisado por el equipo de salud minimiza el estrés, optimiza la salud materna y la salud futura del recién nacido, asegurando que la transición al hogar se realice en condiciones que favorezcan un desarrollo integral y sostenible.

Palabras clave: salud mental; maternaje; factores protectores; madres; familia.

ABSTRACT

Perinatal mental health is a central pillar of continuity of maternal and infant care. Nursing, as a scientific and practical discipline, plays a strategic role in implementing interventions that strengthen the mother-newborn dyad and the family environment. This article systematizes care and interventions based on sound theoretical foundations in the field, emphasizing the promotion of affective bonds, the prevention of psychosocial risks, and the consolidation of community support networks, while considering mental healthcare. The objectives were to identify nursing care that promotes perinatal mental health, describe specific interventions to strengthen the mother-newborn dyad, and propose family and community support strategies with a participatory approach. Each care intervention, supervised by the healthcare team, minimizes stress, optimizes maternal health and the future health of the newborn, ensuring that the transition to home occurs under conditions that foster comprehensive and sustainable development.

Keywords: mental health; mothering; protective factors; mothers; family.

1. Especialista en Cuidados Críticos Neonatales. Especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay. ORCID: 0000-0001-7426-3581

Correspondencia: turcattik@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 7 de febrero de 2026

Aceptado: 1 de abril de 2026

RESUMO

A saúde mental perinatal é um pilar central da continuidade do cuidado materno-infantil. A enfermagem, como disciplina científica e prática, desempenha um papel estratégico na implementação de intervenções que fortalecem o cuidado materno-infantil e o ambiente familiar. Este artigo sistematiza o cuidado e as intervenções com base em sólidos fundamentos teóricos na área, enfatizando a promoção de vínculos afetivos, a prevenção de riscos psicossociais e a consolidação de redes de apoio comunitário, considerando o cuidado em saúde mental. Os objetivos foram identificar o cuidado de enfermagem que promove a saúde mental perinatal, descrever intervenções específicas para fortalecer o cuidado materno-infantil e propor estratégias de apoio familiar e comunitário com uma abordagem participativa. Cada intervenção de cuidado, supervisionada pela equipe de saúde, minimiza o estresse, otimiza a saúde materna e a saúde futura do recém-nascido, assegurando que a transição para o domicílio ocorra em condições que promovam o desenvolvimento integral e sustentável.

Palavras chave: saúde mental; maternagem fatores de proteção; mães; família.

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n51.03>

Cómo citar: Turcatti K. Cuidados e intervenciones de enfermería para la díada madre-bebé y la familia. La salud mental perinatal desde una perspectiva integral. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2026;51: 23-28

INTRODUCCIÓN

La díada madre-recién nacido (RN) representa una unidad inseparable en el proceso de transición a la maternidad. La literatura internacional subraya que las intervenciones tempranas favorecen la regulación emocional, la lactancia, y la resiliencia familiar.¹⁻³ En este marco, la enfermería se posiciona como agente clave en la articulación entre atención clínica, acompañamiento psicosocial y políticas de salud pública. Es así, que se plantea identificar cuidados que promuevan la salud mental perinatal (SMP), describir intervenciones específicas para fortalecer la díada madre-RN, proponer estrategias de apoyo familiar y comunitario, con enfoque participativo.

La SMP constituye un eje fundamental para la prevención de patrones de agresividad intergeneracional, ya que el bienestar psicológico de madres, padres y cuidadores desde el nacimiento favorece vínculos

seguros, regula la transmisión de modelos de crianza y promueve entornos protectores que reducen la reproducción de ira y violencia en las generaciones posteriores. En este sentido, invertir en el cuidado de la SMP no solo fortalece la capacidad de respuesta de las familias, sino que aseguran un impacto razonable en el desarrollo socioemocional infantil y en la continuidad de prácticas de crianza saludables a nivel familiar y comunitario.⁴

Aunque algunos estudios citados tienen más de una década, su inclusión responde a la pertinencia en la conceptualización de los cuidados en enfermería en la díada madre-RN. Estos trabajos establecieron marcos teóricos y metodológicos que siguen siendo referencia en la literatura contemporánea, y permiten comprender la evolución histórica de la SMP. Los hallazgos en la bibliografía usada describen procesos humanos universales que no dependen directamente de los cambios tecnológicos o coyunturales. Lejos de sostener que la incorporación de nuevas tecnologías no implica transformaciones en las conductas y cuidados, pero se debe reconocer que existen saberes acumulados en la historia que continúan ofreciendo respaldo y legitimidad a prácticas recientes como tradicionales.

En este sentido, la innovación tecnológica debe ser comprendida como un proceso que dialoga con conocimientos previos, y no como una ruptura absoluta con las formas de cuidado ya instaladas. La articulación entre saberes históricos y desarrollos contemporáneos constituye, por lo tanto, una estrategia fundamental para garantizar continuidad, pertinencia y sostenibilidad.

DESARROLLO

La SMP constituye un campo prioritario en el bienestar psicológico de las madres, padres, cuidadores y RN, porque afecta directamente el desarrollo infantil y la construcción de vínculos tempranos. La evidencia científica ha demostrado que los procesos neurobiológicos y relacionales que se activan en la parentalidad son determinantes para la regulación emocional, la socialización y la resiliencia futura de los niños. El cerebro humano se adapta en la transición hacia la parentalidad, activando circuitos relacionados con la empatía, la regulación emocional y la respuesta al estrés.³

Estos cambios neurobiológicos favorecen la sensibilidad parental y la capacidad de responder a las señales del RN, lo que constituye un eje central para la práctica del personal de la salud, con énfasis en la práctica

de enfermería en SMP. El profesional de enfermería al acompañar a las familias en este período, puede potenciar estas capacidades mediante intervenciones que promuevan la conciencia emocional, la reducción de la ansiedad y el fortalecimiento de confianza en el rol parental.

Las intervenciones rítmicas y coordinadas entre padres e hijos, como el contacto visual, la vocalización y la regulación fisiológica compartida, son fundamentales para el desarrollo socioemocional.⁵ El personal de salud puede facilitar espacios de observación y acompañamiento que favorezcan esta sincronía, detectando factores protectores para reforzarlos, o factores en contextos de riesgo como depresión posparto, ansiedad o condiciones sociales adversas. Es fundamental considerar ciertos aspectos que deben ser abordados por un equipo interdisciplinario, tales como:

- **Detección temprana:** Evaluar signos de dificultad en la regulación emocional parental y en la interacción con el RN.
- **Interacciones psicoeducativas:** Brindar información sobre la importancia de la sincronía y del vínculo temprano.
- **Acompañamiento en la crianza:** Facilitar estrategias de cuidado sensible, promoviendo rutinas

compartidas con el objetivo de fortalecer la relación afectiva y disminuir la carga.

- **Prevención en contextos de riesgo:** Diseñar programas que integren apoyo emocional, redes de apoyo y seguimiento clínico.

Resulta insuficiente limitarse a producir conocimiento científico o simplemente formular teorías, sino que es necesario traducir los hallazgos en acciones prácticas de cuidado, de modo que la evidencia neurocientífica y los marcos teóricos se conviertan en guías para la intervención profesional. Así, se logra un círculo virtuoso en la que la ciencia fundamenta la práctica, y la práctica retroalimenta la teoría con nuevas preguntas y observaciones, promoviendo la realización de proyectos e investigaciones orientados a fortalecer el desarrollo integral del RN con vínculos saludables. La integración de la plasticidad cerebral parental y la importancia de la sincronía temprana con el RN permiten intervenciones que favorecen la regulación emocional, el fortalecimiento del vínculo y la prevención de riesgos. En este sentido, se organizan diferentes intervenciones, presentadas en tablas que sistematizan estrategias específicas, adaptadas a distintos contextos clínicos y comunitarios, con el objetivo de garantizar continuidad, equidad y sostenibilidad en la atención (**Tabla 1 y 2**).

Tabla 1. Cuidados de enfermería dirigidos a la diada madre-recién nacido

Área de cuidado	Intervención específica	Objetivo
Vínculo afectivo temprano⁶	Fomentar el contacto piel a piel inmediato postparto.	Favorecer el apego seguro y la regulación emocional.
Lactancia materna⁷	Educación sobre técnicas de amamantamiento y acompañamiento en las primeras tomas.	Promover la lactancia exclusiva y la confianza materna.
Regulación emocional materna⁸	Detección temprana de factores protectores. Detección temprana de síntomas de ansiedad/depresión posparto.	Mejorar el bienestar emocional. Prevenir trastornos mentales perinatales.
Estimulación temprana del bebé³	Orientación sobre interacción verbal y táctil.	Favorecer el desarrollo neurológico y socioemocional.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Intervenciones de enfermería para el fortalecimiento familiar

Dimensión	Intervención	Objetivo
Apoyo psicosocial ⁹	Sesiones de acompañamiento familiar y grupos de apoyo.	Disminuir el aislamiento y fortalecer las redes.
Educación en salud ¹⁰	Talleres sobre cuidados del recién nacido y autocuidado materno.	Incrementar las competencias familiares.
Participación del padre/ pareja/cuidador ⁴	Inclusión activa en rutinas de cuidado y lactancia.	Promover la corresponsabilidad y cohesión familiar.
Red comunitaria ²	Articulación con servicios locales y programas de salud mental.	Garantizar la continuidad y acceso equitativo.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Cuidados para garantizar una transición segura al hogar

Área de cuidado	Acciones de los padres en el hospital	Rol de enfermería y del personal de salud	Objetivos para la estadía en casa
Alimentación	Participar en la lactancia materna o alimentación con biberón, siguiendo indicaciones.	Educar sobre técnicas de lactancia, posiciones seguras, preparación de fórmula.	Garantizar una nutrición adecuada y libre de riesgos de aspiración o malnutrición.
Higiene y confort	Cambiar pañales, baño, mantener el abrigo acorde a la temperatura ambiental.	Supervisar técnicas de higiene, enseñar signos de irritación o infecciones.	Prevenir infecciones y asegurar el bienestar físico.
Sueño seguro	Colocar al recién nacido boca arriba, en una cuna sin objetos.	Informar sobre prácticas de sueño seguro (sin almohadas, sin peluches).	Reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita infantil.
Vínculo afectivo	Practicar contacto, hablar y acariciar al recién nacido.	Orientar sobre la importancia del apego y la estimulación temprana.	Favorecer el desarrollo socioemocional y el vínculo seguro.
Signos de alarma	Observar respiración, color de piel, llanto.	Enseñar a identificar dificultad respiratoria, fiebre, letargo.	Promover la detección temprana de problemas de salud.
Medicamentos y controles	Administrar medicación indicada bajo supervisión.	Explicar dosis, horarios y técnicas seguras.	Evitar errores en la administración y asegurar continuidad del tratamiento.
Prevención de accidentes	Aprender a cargar y movilizar al recién nacido correctamente.	Supervisar prácticas seguras de manipulación.	Disminuir los riesgos de caídas o lesiones.
Seguimiento después del alta	Asistir a los controles médicos programados.	Informar sobre calendarios de visitas y vacunas.	Mantener la continuidad del cuidado y prevención de enfermedades.

Fuente: Elaboración propia.

CUIDADOS E INTERVENCIONES

Las intervenciones en SMP deben trascender el ámbito hospitalario, integrando estrategias comunitarias y políticas públicas. La evidencia muestra que el acompañamiento continuo a la díada y a la familia reduce la incidencia de depresión posparto, mejora la lactancia y fortalece la resiliencia familiar.¹¹ Asimismo, la inclusión del padre, cuidador, y/o entorno-familia amplifica el impacto de las intervenciones, generando un entorno protector para el desarrollo y la comunicación infantil. El estrés parental interviene de manera significativa en la calidad de la relación madre-hijo, ya que altera los procesos de correulación emocional y dificulta la construcción de un vínculo seguro. Cuando el estrés es elevado, la capacidad de la madre para responder de forma sensible y consciente a las señales del bebé se ve comprometida, lo que genera desajustes en la sincronía afectiva y en la comunicación no verbal. En términos neurobiológicos, el estrés sostenido afecta la sintonía cerebro-cerebro al reducir la disponibilidad de recursos cognitivos y emocionales necesarios para sostener la interacción de la díada.¹¹

La inclusión de los padres y la familia en el proceso de cuidado constituye un componente esencial en la atención del RN. La participación activa de la familia en unidades de cuidados intensivos no solo favorece a la recuperación clínica, sino que también fortalece la confianza, la comunicación y la resiliencia del entorno familiar.¹²

La evidencia sobre la programación fetal y la transmisión intergeneracional del estrés¹⁴ permite fundamentar la **Tabla 3** de cuidados parentales y el rol de enfermería con objetivos a alcanzar, organizando el cuidado. El período intrauterino y los primeros años de vida son ventanas críticas, en donde el estrés puede alterar la susceptibilidad de la salud y de la enfermedad, lo cual implica que cada acción de cuidado y educación descrita en la tabla se convierte en una estrategia preventiva frente a riesgos a largo plazo.

En síntesis, la **Tabla 3** de cuidados se conecta directamente con el concepto de programación fetal y del desarrollo,^{13,14} ya que cada acción hospitalaria supervisada por el equipo de salud contribuye a mi-

nimizar la transmisión del estrés intergeneracional y a optimizar la salud futura del niño, asegurando que la transición al hogar se realice en condiciones que favorezcan un desarrollo integral y sostenible.

La SMP demanda un abordaje integral que articule la evidencia neurobiológica, con las prácticas centradas en la familia y con las políticas públicas, a fin de fortalecer las redes de atención. La neurociencia del estrés, tal como señalan,¹⁴ aporta claves para comprender cómo los sistemas fisiológicos y emocionales de las madres y los padres se ven modulados en este período, y cómo la regulación adecuada puede prevenir adversidades en el desarrollo infantil. Este conocimiento se complementa con la perspectiva de la atención centrada en la familia y el paciente, indispensable para garantizar intervenciones sensibles, participativas y mantenidas en el tiempo.¹⁰

En el contexto uruguayo, los lineamientos del MSP,^{7,15} refuerzan la necesidad de consolidar prestaciones en salud mental que integren la dimensión perinatal, asegurando continuidad asistencial y equidad territorial. El personal de salud, a través de la integración de la teoría científica con la práctica, tiene la responsabilidad de promover vínculos saludables, identificar factores protectores y prevenir riesgos.

CONCLUSIÓN

En suma, la integración de la neurobiología del estrés, la sincronía parental y los modelos de atención centrados en la familia, junto con las políticas nacionales, ofrece un marco robusto para orientar los cuidados en SMP. Este enfoque no solo fortalece la práctica clínica, sino que también impulsa la construcción de sistemas humanizados, equitativos y perdurables, capaces de acompañar familias en una etapa crítica.

Las intervenciones orientadas a la díada madre-RN y a la familia requieren un abordaje integral y participativo, fundamentadas en criterios de pertinencia. La articulación con políticas públicas y redes comunitarias, garantiza la continuidad y fortalece la equidad del cuidado humanizado.

REFERENCIAS

1. Cisneros Hilario CB, Bedoya Castillo MP, Lázaro Huamán BA, Mendoza Chávez KE, Cisneros Hilario EJ. Ser gestante en tiempos de pandemia: Una mirada de la salud mental antes y durante la pandemia. *Rev Fac Med Humana*. 2022;22(2):402-8. doi: <https://doi.org/10.25176/rfmh.v22i2.4802>
2. World Health Organization (WHO). Fact sheets. Geneva: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail>

3. Feldman R. The adaptive human parental brain: Implications for children's social development. *Trends Neurosci.* 2015 Jun;38(6):387-99. doi: 10.1016/j.tins.2015.04.004
4. Conger RD, Neppl T, Kim KJ, Scaramella L. Angry and Aggressive Behavior Across Three Generations: A Prospective, Longitudinal Study of Parents and Children. *J Abnorm Child Psychol.* 2003;31:143-160. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1022570107457>
5. Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48(3-4):329-54. [Consulta: 4 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x>
6. Pifre Pasquer R. Observation et accompagnement du lien mère-enfant en maternité. *Soins Pédiatr Pueric.* 2015 May-Jun;(284):26-8. French. doi: 10.1016/j.spp.2015.03.008
7. Salud mental en el año 2020. Editorial. *Rev Psiquiatr Urug.* 2020;84(1):10-5. [Consulta: 4 de abril de 2026]. Disponible en: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2020/09/01_edit.pdf
8. Roncallo CP, Sánchez de Miguel M, Arranz Freijo E. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología.* 2015 Sep 1;8(2):14-23. [Consulta: 4 de abril de 2026]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.24310/espsiescpsi.v8i2.13233>
9. Sharrow D, Hug L, You D, Alkema L, Black R, Cousens S, et al. Global, regional, and national trends in under-5 mortality between 1990 and 2019 with scenario-based projections until 2030: a systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *Lancet Glob Health.* 2022 Feb;10(2):e195-e206. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00515-5
10. Committee on Hospital Care and Institute for Patient- and Family-Centered Care. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics.* 2012;129(2):394-404. doi: 10.1542/peds.2011-3084
11. Azhari A, Leck WQ, Gabrieli G, Bizzego A, Rigo P, Setoh P, et al. Parenting Stress Undermines Mother-Child Brain-to-Brain Synchrony: A Hyperscanning Study. *Sci Rep.* 2019 Aug 6;9(1):11407. doi: 10.1038/s41598-019-47810-4
12. González Villanueva P, Ferrer Cerveró V, Agudo Gisbert E, Medina Moya JL. Los padres y la familia como parte del cuidado en cuidados intensivos de pediatría. *Index Enferm.* 2011 Jul-Sep;20(3):151-154. [Consulta: 4 de abril de 2026]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200003>
13. Entringer S, Buss C, Wadhwa PD. Prenatal stress, development, health and disease risk: A psychobiological perspective—2015 Curt Richter Award Paper. *Psychoneuroendocrinology.* 2015;62:366-75. [Consulta: 4 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.08.019>
14. Godoy LD, Rossignoli MT, Delfino-Pereira P, Garcia-Cairasco N, de Lima Umeoka EH. A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. *Front Behav Neurosci.* 2018 Jul 3;12:127. doi: 10.3389/fnbeh.2018.00127
15. Ministerio de Salud Pública (MSP). Prestaciones en salud mental. Montevideo: MSP; 2019. [Consulta: 4 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/salud-mental>

Artículo original

Evaluación de la técnica de lactancia materna en un hospital de segundo nivel de atención en San Luis Potosí, durante 2024

Evaluation of breastfeeding techniques in a second level care hospital in San Luis Potosí, during 2024

Avaliação das técnicas de aleitamento materno em um hospital de nível secundário em San Luis Potosí, durante o ano de 2024

Lic. Lizbeth Karina Escandón-Herrera¹, Lic. Nancy Guadalupe Martínez-Romero²,
Mg. Ana Sofia Romo-Báez³, Mg. María del Rosario Díaz-Díaz⁴,
Dra. Verónica Gallegos-García⁵, Mg. Pedro Reyes-Laris⁶,
Dra. Jenny Alejandra Medina-de la Cruz⁷, Mg. Omar Medina-de la Cruz⁸

RESUMEN

Introducción. La leche humana es el mejor alimento durante los primeros meses de vida. El objetivo fue evaluar la técnica de lactancia materna en pacientes atendidas en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” en San Luis Potosí.

Población y métodos. Investigación cuantitativa, descriptiva y transversal en un hospital de segundo nivel de atención. Entre marzo y julio de 2024 se incluyeron mujeres con recién nacidos que no presentaron complicaciones al nacer. Se utilizó la escala de LATCH para evaluar cinco componentes: agarre, deglución

1. Licenciatura en Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0007-2693-9058
2. Licenciatura en Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0002-0508-0962
3. Maestría en Salud Pública. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0008-0656-9616
4. Maestría en Administración en Enfermería. Hospital del Niño y la Mujer Dr. Alberto López Hermosa. Servicios de Salud de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0008-6218-3531
5. Doctorado en Biología Molecular. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. ORCID: 0000-0002-5978-5477
6. Maestría en Salud Pública. Hospital General de Zona No. 2. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Luis Potosí. México. ORCID: 0000-0001-5146-5084
7. Médico Cirujano. Unidad de Medicina Familiar No. 49. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Luis Potosí. México. ORCID: 0009-0008-8768-7453
8. Maestría en Ciencias en Biología. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Departamento de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Servicios de Salud de San Luis Potosí. Hospital General de Zona No.1. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Luis Potosí, México. ORCID: 0000-0002-0239-7721

Correspondencia: omar.medina@uaslp.mx

Conflictos de interés: Ninguno que declarar.

Recibido: 4 de enero de 2026

Aceptado: 13 de marzo de 2026

audible, tipo de pezón, comodidad de la madre y posicionamiento, asignando una puntuación de 0 a 10 puntos. El análisis de datos se realizó en el programa estadístico SPSS V.21.

Resultados. La muestra fue de 47 mujeres; el 29,79 % de las participantes tenían entre 25 y 29 años y el 53,2 % cursó la secundaria completa. El 100 % de las mujeres acudió a control prenatal. Respecto a la técnica de lactancia, el 55,32 % de las madres se ubicó en una situación sin dificultad, el 42,55 % presentó dificultad moderada y solo el 2,13 % manifestó una dificultad importante.

Conclusiones. Más de la mitad de las participantes demostraron una técnica de lactancia eficaz, lo que sugiere un control prenatal y mayor experiencia en madres de más edad. Sin embargo, la prevalencia de dificultades moderadas resalta la necesidad de mantener el asesoramiento por personal de salud para asegurar la correcta demanda de nutrientes y la salud del binomio madre-hijo.

Palabras clave: lactancia materna; periodo posparto; recién nacido; leche humana.

ABSTRACT

Introduction. Human milk is the best food during the first months of life. The objective was to evaluate breastfeeding technique in patients treated at the “Dr. Alberto López Hermosa” Children’s and Women’s Hospital in San Luis Potosí.

Population and methods. This quantitative, descriptive, and cross-sectional study conducted at a secondary care hospital. Between March and July 2024, women with newborns who did not present complications at birth were included. The LATCH scale was used to evaluate five components: latch, audible swallowing, nipple type, maternal comfort, and positioning, assigning a score from 0 to 10 points. Data analysis was performed using SPSS V.21 statistical software.

Results. The sample consisted of 47 women; 29.79% of the participants were between 25 and 29 years old, and 53.2% completed secondary school; 100% of the women attended prenatal care. Regarding breastfeeding technique, 55.32% of mothers were in a situation without difficulty, 42.55% presented moderate difficulty and only 2.13% reported significant difficulty.

Conclusions. More than half of the participants demonstrated effective breastfeeding technique, suggesting a correlation between prenatal care and greater experience among older mothers. However, the prevalence of moderate difficulties highlights the need for continued support from healthcare profes-

sionals to ensure adequate nutrient intake and the health of both mother and child.

Keywords: breastfeeding; postpartum period, infant; newborn; milk, human.

RESUMO

Introdução. O leite materno é o melhor alimento durante os primeiros meses de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar a técnica de amamentação em pacientes atendidas no Hospital Infantil e da Mulher “Dr. Alberto López Hermosa”, em San Luis Potosí.

População e métodos. Este estudo quantitativo, descritivo e transversal foi realizado em um hospital de atendimento secundário. Entre março e julho de 2024, foram incluídas mulheres com recém-nascidos que não apresentaram complicações ao nascimento. A escala LATCH foi utilizada para avaliar cinco componentes: pega, deglutição audível, tipo de bico, conforto materno e posicionamento, atribuindo uma pontuação de 0 a 10 pontos. A análise dos dados foi realizada utilizando o software estatístico SPSS versão 21.

Resultados. A mostra foi composta por 47 mulheres; 29,79% das participantes tinham entre 25 e 29 anos e 53,2% haviam concluído o ensino médio; 100% das mulheres realizaram pré-natal. Em relação à técnica de amamentação, 55,32% das mães relataram não ter tido dificuldades, 42,55% relataram dificuldades moderadas e apenas 2,13% relataram dificuldades significativas.

Conclusões. Mais da metade das participantes demonstrou técnica eficaz de amamentação, sugerindo que o acompanhamento pré-natal e a maior experiência entre mães mais velhas são benéficos. No entanto, a prevalência de dificuldades moderadas destaca a necessidade de apoio contínuo por parte dos profissionais de saúde para garantir a ingestão adequada de nutrientes e a saúde tanto da mãe quanto do bebê.

Palavras-chave: aleitamento materno; período pós-parto; recém-nascido; leite humano.

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n51.04>

Cómo citar: Escandón-Herrera LK, Martínez-Romero NG, Romo-Báez AS, Díaz-Díaz Mdel R, Gallegos-García V, Reyes-Laris P, Medina-de la Cruz JA, Medina-de la Cruz O. Evaluación de la técnica de lactancia materna en un hospital de segundo nivel de atención en San Luis Potosí, durante 2024. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2026;51:29-35.

INTRODUCCIÓN

La leche humana es el mejor alimento durante los primeros meses de vida, ya que es un fluido que se adapta a las necesidades de los recién nacidos en cada una de las etapas de crecimiento y desarrollo; además aporta todos los nutrientes y componentes bioactivos para satisfacer sus necesidades. De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los neonatos deben alimentarse solo con leche humana, sin otros alimentos o agua en la primera hora de vida y posteriormente hasta los 6 meses de vida de manera exclusiva.^{1,2} México a nivel mundial es de los países con una baja tasa de lactancia; carece de un mecanismo para monitorear y verificar el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS, no existe licencia de maternidad para aquellas mujeres que trabajan de manera informal, no hay un presupuesto específico para la promoción de lactancia materna, la capacitación del personal de salud no cumple los criterios mínimos de la OMS y los hospitales con certificación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño es pobre con tan solo el 11 % de estos.^{3,4}

La lactancia materna es una estrategia del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) para asegurar la supervivencia de los neonatos y uno de los cuidados esenciales que se deben realizar en aquellos que nacieron sin ninguna complicación. Sin embargo, el desconocimiento que tienen las pacientes puérperas especialmente aquellas que son primerizas sobre la técnica de lactancia materna ocasiona que esta no se realice de manera correcta y que las necesidades nutricionales de los recién nacidos no se cumplan de manera exitosa.^{5,6}

Una técnica de lactancia materna eficaz ocurre cuando entre el neonato y la madre hay una buena disposición, que permite que las mujeres puedan alimentar a sus hijos sin que exista dolor, de una forma sencilla, segura y rápida.⁷ La incorporación de una posición, agarre y succión adecuadas, garantiza una transferencia eficiente de leche, disminuye las molestias, promueve el aumento de peso y ofrece los beneficios para el recién nacido, la madre, la sociedad, la economía y el planeta.^{8,9}

De acuerdo con la OMS la técnica correcta para una lactancia materna eficaz es cuando la posición implica que el neonato esté bien alineado, con el cuerpo y la cara hacia la madre, su nariz alineada con el pezón y su mentón pegado al pecho para que los labios se mantengan evertidos. Un agarre exitoso es cuando la boca del bebé está bien abierta, abarcando la mayor

parte de la areola (no solo el pezón), para que la succión sea profunda y sin dolor.¹⁰

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, establece que la lactancia materna debe ser a libre demanda, se debe fomentar en las mujeres la técnica para lactar, y verificar que esta se realice de manera correcta.¹¹ Es importante mencionar que en el estado de San Luis Potosí durante el año 2025 se aprobó en el Honorable Congreso del Estado la Ley para Lactancia Materna en el Estado, la cual establece, en su artículo N° 6, vigilar y supervisar la operación de clínicas, hospitales y consultorios de los sectores público y privado a fin de verificar que se adhieran a la normatividad vigente.¹²

Un estudio realizado en la ciudad de San Luis Potosí identificó que el 96,9 % de las puérperas consideraban que la alimentación adecuada es a través de la leche materna; también demostró que el 95,4 % de las madres primerizas identifica que la técnica adecuada para lactar a sus hijos es cuando ellas están en posición correcta del neonato con un acople boca-pezón y la posición de la mano está en forma de "C" para coadyuvar a un adecuado agarre.⁵ Sin embargo, el hecho de conocer la forma correcta de lactar no significa que las pacientes realicen esta técnica de manera apropiada.

De acuerdo con la literatura consultada no hay evidencia de investigaciones relacionadas con evaluación de la técnica de lactancia materna que tienen las madres en el estado de San Luis Potosí. Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue evaluar la técnica de lactancia materna en las pacientes del Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa".

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal. Se llevó a cabo en los servicios de consulta externa, alojamiento conjunto, área de vigilancia obstétrica y recuperación del Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa" el cual es un hospital de segundo nivel de atención para población sin derechohabiencia con especial énfasis en los cuidados materno e infantil, que se ubica en la ciudad de San Luis Potosí.

El periodo de tiempo fue del mes de marzo a julio del 2024, en el cual se invitó a participar a mujeres que cumplieron los criterios de la investigación. Criterios de inclusión: mujeres que estuvieran lactando en los servicios mencionados, que fueran primigestas

o multigestas, con recién nacido sin complicaciones al momento del nacimiento. Criterios de exclusión: mujeres que cursaron con parto distócico, madres de recién nacidos que presentaron asfixia perinatal, prematuridad o complicaciones al nacimiento que requirieron separación materna. Criterios de eliminación: mujeres que decidieron abandonar el estudio de manera voluntaria.

A las participantes se les aplicó la escala LATCH, que se utiliza para ayudar a los profesionales de enfermería en la evaluación sistémica de la técnica de lactancia materna en términos del tipo de dificultad que presentan las pacientes y el recién nacido. La palabra LATCH son las siglas en inglés de las características evaluadas: "L" (*latch*) se refiere a cómo se prende el niño al pecho; "A" (deglución audible) se refiere a la posibilidad de escuchar al neonato tragar mientras amamanta; "T" (tipo de pezón) evalúa el tipo de pezón; "C" (comodidad) se refiere a las quejas maternas relacionadas con el dolor en los senos y la presencia de dolor y/o lesión en el pecho; "H" (*hold-positioning*) se refiere a si la madre necesita o no ayuda para posicionar a su hijo.¹³

La herramienta LATCH asigna una puntuación numérica de 0 a 2 a cada uno de los cinco componentes clave de la lactancia materna, con una puntuación máxima de 10 puntos. La interpretación de la escala es, de 0-3 puntos, dificultad importante, de 4-8 puntos dificultad moderada y 9-10 puntos sin dificultad/situación óptima. Las puntuaciones bajas de LATCH indican la necesidad de intervención activa, soporte y seguimiento posterior al alta. Una evaluación <9 indica necesidad de mayor apoyo y vigilancia de la lactancia de esas madres por parte de los profesionales.¹³

La información que se obtuvo se capturó y procesó en el programa estadístico SPSS V.21 (por las siglas en inglés de Statistical Package for the Social Sciences). Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición (CEIFE) de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí con el número CEIFE-2024-485.

RESULTADOS

De 100 mujeres invitadas a participar en esta investigación, aceptaron 47 mujeres que se encontraban en periodo de lactancia en los servicios de consulta externa, alojamiento conjunto, área de vigilancia obstétrica y recuperación; el 29,79 % (n = 14) tenían entre 25-29 años, el 53,2 % (n = 25) tenían la secundaria concluida, el 57,4 % (n = 27) vivían en unión libre, el 17,6 % (n = 9) han tenido tres embarazos, el 100 % (n = 47) tuvieron

control prenatal y el 19,60 % (n = 10) refieren haber tenido 8 consultas prenatales (**Tabla 1**).

Al explorar sobre la técnica de lactancia materna utilizando la escala LATCH se encontró que el 2,13 % (n = 1) tuvieron dificultad importante, el 42,55 % (n = 20) dificultad moderada y el 55,32 % (26) no tuvieron dificultad para lactar de manera exitosa.

DISCUSIÓN

El cuidado apropiado que se realice durante la primera infancia y las técnicas efectivas de lactancia durante esta etapa de la vida son clave para el crecimiento, el desarrollo, una obtención de nutrientes de forma óptima y la reducción de la mortalidad en niñas y niños menores de cinco años.¹⁴ Está documentado que la lactancia materna tiene beneficios a largo plazo como la reducción de enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias y algunas patologías crónicas como la diabetes mellitus.¹⁵

En este sentido y con la finalidad de que las madres adopten una técnica correcta de lactancia, la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la OMS diseñaron el asesoramiento, la enseñanza y la demostración de las técnicas de acuerdo con directrices de atención integrada a la infancia.¹⁵ En este estudio más del 50 % de las madres tenía entre los 15 y 24 años, lo que difiere del estudio de Safayi y colaboradores en donde tan solo el 38,8 % se encontraban en este rango de edad; en su artículo mencionan una menor participación de madres jóvenes.¹⁴

Al indagar respecto a la escolaridad de las madres en este estudio se encontró que más del 63 % tienen la educación básica (preescolar, primaria y secundaria); esto difiere de lo reportado por Mislu y colaboradores en donde el 50 % de las mujeres de Etiopía participantes cursaron con estos estudios, sin embargo, el porcentaje de lactancia materna efectiva fue tan solo del 25,9 %. Una posible explicación a esto pudiera ser que las mujeres jóvenes tienen menos probabilidad de una lactancia materna eficaz debido a la falta de experiencia, modelos a seguir, la gestión del tiempo, pero sobre todo a la falta de conciencia sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva a largo plazo.^{1,17}

La técnica ineficaz de lactar es la principal causa de varios problemas relacionados con la alimentación del neonato y que afecta significativamente el estado de salud materno e infantil. En esta investigación se encontró que más del 50 % de las madres no presentaron dificultad en la técnica de lactancia materna, lo cual difiere de algunas investigaciones como lo repor-

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las pacientes del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” en el periodo marzo-julio 2024

	Frecuencia (n = 47)	Porcentaje (100 %)
Edad		
15-19 años	12	25,53
20-24 años	12	25,53
25-29 años	14	29,79
30-34 años	6	12,77
35-38 años	3	6,38
Escolaridad		
Primaria	5	10,6
Secundaria	25	53,2
Preparatoria	12	25,5
Universidad	5	10,6
Estado civil		
Soltera	10	21,3
Casada	9	19,1
Unión libre	27	57,4
Divorciada	1	2,1
Número de embarazos		
1	18	38,3
2	17	36,2
3	9	19,1
4	2	4,3
6	1	2,1
Control prenatal		
Sí	47	100,0
No	0	00,0

Fuente: Elaboración propia.

tado por Safayi y colaboradores en un estudio realizado en Etiopía en donde más del 48 % de las mujeres tenían una lactancia deficiente.¹³

Sin embargo, el que en este estudio no se presentará tanta dificultad para lactar podría deberse a que hubo un menor número de madres adolescentes y por lo tanto, las participantes con mayor edad tienen más experiencia y confianza en el manejo de niños al momento de lactar.¹⁸

En este estudio el 100 % de las participantes refirieron haber acudido a su control prenatal; el asesoramiento que se brinda durante el control prenatal de acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016 puede mejorar el conocimiento de la madre y ayudarla a convertir este conocimiento en práctica lo antes posible después del

parto para iniciar la lactancia materna, y que reciba orientación posnatal de manera inmediata que le permita lograr el mantenimiento de esta.¹⁹

Existen diferentes instrumentos para evaluar la técnica de lactancia materna; para esta investigación se utilizó la escala de LATCH.²⁰ Ninguna herramienta satisface por sí sola todas las necesidades a evaluar; dependiendo de la situación y del entorno se debe utilizar la más adecuada a consideración de los investigadores. En futuras investigaciones se debería indagar y explorar en algunas otras herramientas que puedan coadyuvar en la identificación de la lactancia materna. Debido a que en el estado de San Luis Potosí la ley sobre lactancia materna tiene menos de un año de haberse aprobado, se deberán realizar investigaciones

posteriores a la aprobación de dicha ley que permitan monitorear y evaluar la técnica de lactancia materna en las mujeres potosinas.¹²

Algunos estudios mencionan que las limitaciones en las instituciones de salud para promover la lactancia materna y la insuficiente orientación durante el periodo de hospitalización postparto contrarrestan los efectos de las buenas prácticas de lactancia durante los primeros días de vida.²¹

CONCLUSIONES

Los hallazgos en esta investigación demuestran que la mayor proporción de madres evaluadas durante el puerperio inmediato logran establecer una técnica de lactancia materna adecuada, evidenciando de esta

manera un inicio favorable en el proceso de alimentación del recién nacido. Sin embargo, la identificación de un porcentaje de la muestra que aun cursa con dificultades moderadas en la práctica de la lactancia materna, muestra una brecha importante en la transición del conocimiento a la práctica.

La lactancia es un proceso dinámico que requiere supervisión continua, por lo tanto, se refuerza la necesidad de reestructurar y fortalecer las estrategias de educación en salud y el acompañamiento profesional dentro del entorno hospitalario. Brindar una asesoría oportuna y empática en las primeras horas es importante, no solo para identificar áreas de oportunidad sino para corregir la técnica, consolidar la confianza materna y garantizar una nutrición efectiva del neonato.

REFERENCIAS

1. Mislu E, Kumsa H, Arage MW, Shitie A, Adimasu A. Effective breastfeeding techniques and associated factors among lactating women: a community-based study, north east Ethiopia. *Front Public Health*. Mar 21;12:1337822. doi: 10.3389/fpubh.2024.1337822
2. Medina de la Cruz O, Gallegos García V, Hernández Torres FA, Sebastián Hernández EI, et al. Lactancia materna: un reto en salud pública en México. *Rev Enferm Neonatal*. Diciembre 2025;49:43-58. doi: 10.61481/Rev.enferm.neonatal.n49.04
3. Ferré-Eguiluz I, Buccini G, Hromi-Fiedler A, Roveló N, González de Cosío T, Pérez-Escamilla-Costas JR, et al. Content analysis of media coverage of breastfeeding in Mexico. *Matern Child Nutr*. 2020;16(2):e12905. doi: 10.1111/mcn.12905
4. González de Cosío T, Ferré I, Mazariegos M, Pérez-Escamilla R; BBF México Committee. Scaling Up Breastfeeding Programs in Mexico: Lessons Learned from the Becoming Breastfeeding Friendly Initiative. *Curr Dev Nutr*. 2018 Apr 25;2(6):nzy018. doi: 10.1093/cdn/nzy018
5. Duarte Maldonado YZ, Rivas Luna JM, Santos Juárez CR, Vázquez Bravo MF, Romo Báez AS, Díaz Díaz Mdel R, et al. Evaluación de conocimientos sobre algunos cuidados esenciales del recién nacido en puérperas primerizas. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2024;45:7-21. doi: 10.61481/Rev.enferm.neonatal.n45.01
6. Kalhor M, Yazdkhasti M, Simbar M, Hajian S, Kiani Z, Khorsandi B, et al. Predictors of exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*. 2025 Jul 2;20(1):52. doi: 10.1186/s13006-025-00744-2
7. Alemie K, Eshete T, Ashebir W, Gedif G, Desta M, Ayenew T, et al. Ineffective breastfeeding techniques and associated factors among breastfeeding mothers who gave birth in the last 6 months in Sinan Woreda, Northwest Ethiopia. *J Public Health Res*. 2023;12(2):22799036231181184. doi: 10.1177/22799036231181184
8. Abebe Y, Dadi B. Effective breastfeeding practices among mothers exclusively breastfeeding infants in Ethiopia. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2025;34:102089. doi: https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102089
9. Bolaños-Villar AV, Argüelles-López A. Apoyo y protección del derecho a amamantar en mujeres que trabajan. *Rev Med UAS*. 2024;14(2). doi: http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v14.n2.009
10. Goyal RC, Banginwar AS, Ziyó F, Toweir AA. Breastfeeding practices: Positioning, attachment (latch-on) and effective suckling – A hospital-based study in Libya. *J Fam Community Med*. 2011;18(2):74-9. doi: 10.4103/2230-8229.83372

11. Comisión Nacional de los derechos Humanos. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 2016. [Consulta: 24 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf>
12. Congreso de San Luis Potosí. Ley de Lactancia Materna para el Estado de San Luis Potosí. Periódico Oficial del Estado de San Luis Potosí. 2025. [Consulta: 4 de enero de 2026]. Disponible en: <http://congresosanluis.gob.mx/sites/default/files/unload/legislacion/leyes/2025/11/Ley%20de%20Lactancia%20Materna%20para%20el%20Estado%20%28Ley%20Nueva%29.pdf>
13. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1994 Jan;23(1):27-32. doi: 10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x
14. Safayi BL, Assimamaw NT, Kassie DG. Breastfeeding technique and associated factors among lactating mothers visiting Gondar town health facilities, Northwest Ethiopia: observational method. *Ital J Pediatr*. 2021 Oct 12;47(1):206. doi: 10.1186/s13052-021-01158-6
15. Muro-Valdez JC, Meza-Rios A, Aguilar-Uscanga BR, Lopez-Roa RI, Medina-Díaz E, Franco-Torres EM, et al. Breastfeeding-Related Health Benefits in Children and Mothers: Vital Organs Perspective. *Medicina (Kaukas)*. 2023 Aug 25;59(9):1535. doi: 10.3390/medicina59091535
16. World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017. ISBN: 978-92-4-155008-6.
17. Davra K, Chavda P, Pandya Ch, Dave D, Mehta K. Breastfeeding position and attachment practices among lactating mothers: An urban community-based cross-sectional study from Vadodara city in western India. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2022;15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.101009>
18. Rinata E, Sari PA. Breastfeeding practices: positioning, attachment/latch on and effective suckling. *Southeast Asia J Midwifery*. 2017;3(2):1-6. doi: <https://doi.org/10.36749/seajom.v3i2.6>
19. Schwarz EB, Hoyt-Austin A, Fix M, Kair LR, Iwuagwu C, Chen MJ. Prenatal Counseling on the Maternal Health Benefits of Lactation: A Randomized Trial. *Breastfeed Med*. 2024;19(1):52-8. doi: 10.1089/bfm.2023.0219
20. Brugaletta C, Le Roch K, Saxton J, Bizouerne C, McGrath M, Kerac M. Breastfeeding assessment tools for at-risk and malnourished infants aged under 6 months old: a systematic review. *F1000Res*. 2020;9:1310. doi: 10.12688/f1000research.24516.2
21. Minarini G, Lima E, Figueiredo K, Carmona AP, Bueno M, Monroy N, et al. Factors Influencing Exclusive Breastfeeding During the Postpartum Period: A Mixed-Methods Study. *Nutrients*. 2025;17(18):2992. doi: 10.3390/nu17182992

Comentario de artículo

Llevar las imágenes junto al paciente: El creciente impacto de la ecografía en el punto de atención en cuidados intensivos pediátricos y neonatales

Bringing Imaging to the Bedside: The Growing Impact of Point-of-Care Ultrasound in Pediatric and Neonatal Intensive Care

Manoj S, Talasila A, Khattar P, Sastry B, Samhoury M.

Cureus. 2025 Nov 26;17(11):e97874. doi: 10.7759/cureus.97874.

Comentado por: Lic. Esp. Carla Galione¹

RESUMEN

La ecografía en el punto de atención (POCUS) se está convirtiendo en una herramienta cada vez más importante en la atención intensiva pediátrica y neonatal, ya que ofrece imágenes en tiempo real y sin radiación que mejoran la precisión diagnóstica y la seguridad de los procedimientos. Esta revisión narrativa sintetiza la evidencia actual sobre sus aplicaciones clínicas, beneficios, modelos de capacitación y perspectivas futuras en la práctica de la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) y la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). POCUS facilita la evaluación hemodinámica rápida, permitiendo la evaluación de la función ventricular, la precarga, la poscarga y los estados de *shock* para un manejo

oportuno y específico. La ecografía pulmonar detecta de forma fiable el neumotórax, el derrame pleural y las consolidaciones con una precisión comparable o superior a la de la radiografía de tórax. Las aplicaciones abdominales y renales ayudan a diagnosticar traumatismos, enterocolitis necrotizante, retención urinaria y anomalías congénitas, mientras que la ecografía craneal sigue siendo esencial para identificar hemorragias intraventriculares e hidrocefalia en recién nacidos prematuros.

En cuanto a los procedimientos, POCUS mejora el éxito y reduce las complicaciones durante el acceso vascular, la toracocentesis y la punción lumbar. Si bien la adopción global se ve respaldada por las nue-

1. Especialista en Enfermería Neonatal, Especialista en Administración y Gestión en Enfermería. Jefa de Enfermería de Áreas Ambulatorias, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina. Docente de la Cátedra de Gestión de los Servicios de Enfermería Hospitalarios y Comunitarios II, Universidad Católica de Córdoba. Tutora metodológica del Posgrado de Administración y Gestión en Enfermería, Universidad Nacional de Córdoba. ORCID: 0009-0008-6193-3185

Correspondencia: carla_galione@hotmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 13 de mayo de 2026

Aceptado: 22 de mayo de 2026

vas directrices y los marcos de capacitación basados en competencias, persisten desafíos, como la variabilidad en la experiencia de los operadores, la inconsistencia en la acreditación, la disponibilidad limitada de personal docente, y las deficiencias en el archivo de imágenes y el control de calidad. Persisten las disparidades entre entornos con recursos abundantes y limitados. Los avances en dispositivos portátiles, inteligencia artificial y teleecografía podrían ampliar el acceso y reducir la dependencia del operador, aunque la validación pediátrica es limitada. Las prioridades futuras incluyen estudios de resultados multicéntricos, planes de estudio estandarizados y análisis de costo-efectividad para orientar una implementación más amplia, segura y equitativa.

COMENTARIO

El artículo de Manoj y colaboradores analiza la integración de la ecografía en el punto de atención (POCUS) en el entorno crítico neonatal y pediátrico. Los autores destacan el impacto de esta tecnología, al lado de la cama del paciente; es un recurso que agiliza la toma de decisiones clínicas mediante una monitorización dinámica y segura. Al potenciar la semiología tradicional, el POCUS emerge no solo como un apoyo diagnóstico, sino como una extensión de la exploración física que mejora la seguridad en intervenciones invasivas.¹

En el ámbito del cuidado neonatal, donde la vulnerabilidad fisiológica del paciente exige intervenciones mínimamente invasivas y altamente seguras, la disponibilidad de métodos diagnósticos inmediatos es crucial. El POCUS permite reducir el traslado de pacientes críticos y disminuir la exposición acumulativa a la radiación. Diversos estudios confirman que su uso reduce significativamente las complicaciones asociadas a procedimientos invasivos, especialmente en poblaciones pediátricas y neonatales.^{2,3}

La integración de POCUS en la práctica avanzada de enfermería neonatal representa un cambio de paradigma. Tradicionalmente, la mencionada disciplina se ha centrado en la vigilancia clínica; hoy, POCUS permite una transición de la sospecha a la certeza diagnóstica al pie de la cama.

Una de las áreas de impacto directo es la gestión de accesos vasculares; la inserción ecoguiada de catéteres cortos, catéteres percutáneos y catéteres de línea media, incrementa la tasa de éxito al

primer intento y reduce el dolor en el neonato, un factor crítico para el neurodesarrollo.²⁻⁴ Esta mejora en los resultados procedimentales se sustenta en la capacidad de la ecografía para evaluar la anatomía vascular antes del procedimiento, seleccionar el vaso adecuado según calibre y profundidad, y monitorizar posteriormente la posición y permeabilidad del catéter.⁴

Más allá del éxito en el acceso vascular, la versatilidad del POCUS permite fortalecer otras áreas críticas del cuidado autónomo, tales como la seguridad en el soporte nutricional y el balance hídrico. La confirmación del posicionamiento de la sonda gástrica mediante ultrasonografía es superior a la auscultación tradicional.⁵ Como especialistas, esta herramienta faculta para visualizar directamente el dispositivo en el antro gástrico, elimina la espera de una radiografía y protege al neonato de radiación innecesaria.⁶

La evaluación de orina en la vejiga o de volumen vesical residual por enfermería mediante POCUS es una competencia de alta eficiencia. Esta técnica permite diagnosticar una retención urinaria de forma precoz y objetiva, evita cateterismos traumáticos y reduce el riesgo de infecciones asociadas al cuidado.²

No obstante, la transición hacia esta práctica avanzada no depende únicamente de la disponibilidad del recurso tecnológico; exige una estructura de soporte que incluya la capacitación certificada y la creación de procedimientos operativos estandarizados (POES).²

En este marco, es imperativo que las organizaciones de salud lideren y financien este proceso, reconociendo que, desde la gestión del cuidado, la integración del POCUS conlleva profundas implicancias organizacionales.

La formación específica del personal de enfermería en ultrasonografía no solo optimiza la eficiencia de los procesos asistenciales y reduce la dependencia de servicios diagnósticos, sino que consolida un modelo de atención centrado en la seguridad del paciente.²

Bajo este paradigma, diversas sociedades científicas internacionales promueven actualmente programas de capacitación estructurados que integran la ecografía como una competencia clínica multidimensional e imprescindible en los equipos de cuidados críticos. En concordancia, la implementación de protocolos institucionales constituye una estrategia clave alineada con las recomendaciones internacionales para la prevención de eventos adversos.^{2,3} Este enfoque promueve una práctica basada en la evidencia, donde la

toma de decisiones clínicas se sustenta en una triada fundamental: el juicio del profesional de enfermería especialista, la evaluación objetiva al pie de cama y el respaldo de un marco institucional seguro.

Bajo esta visión integral, donde la competencia técnica se ampara en la seguridad organizativa, se puede afirmar, mediante el análisis de la literatura, que el POCUS es el estetoscopio del siglo XXI. Su aplicación sistémica, desde la evaluación de la dificultad respiratoria hasta la monitorización hemodinámica funcional, consolida a enfermería como vigilantes proactivos de la seguridad del paciente.⁸ En definitiva, la formación avanzada en estas técnicas no solo expande las competencias profesionales, sino que fundamenta las intervenciones en evidencia visual objetiva y en un compromiso ineludible con la excelencia del cuidado de la enfermería pediátrica y neonatal.

Como reflexión final, se puede considerar que la expansión de POCUS representa un cambio de paradig-

ma: se pasa de la sospecha clínica a la visualización directa.

La formación del personal de enfermería en técnicas ecoguiadas es una oportunidad estratégica para fortalecer la calidad del cuidado, promover prácticas más seguras, mejorar la experiencia de los pacientes y consolidar un modelo asistencial donde la tecnología y la competencia clínica convergen al servicio de una atención más precisa y oportuna.

Este avance constituye el eje central para minimizar el estrés, el dolor y la ansiedad, tanto del recién nacido como del niño y su familia, garantizando intervenciones exitosas en etapas críticas del crecimiento.

Al integrar la ecografía a la evaluación, no solo se protege el desarrollo futuro de los pacientes más vulnerables, sino que se reafirma un compromiso ineludible con una pediatría y neonatología profundamente humanizadas y de excelencia.

REFERENCIAS

1. Manoj S, Talasila A, Khattar P, Sastry B, Samhour M. Bringing imaging to the bedside: the growing impact of point-of-care ultrasound in pediatric and neonatal intensive care. *Cureus*. 2025 Nov 26;17(11):e97874. doi: 10.7759/cureus.97874.
2. Lamperti M, Bodenham AR, Pittiruti M, Blaivas M, Augoustides JG, Elbarbary M, et al. International evidence-based recommendations on ultrasound-guided vascular access. *Intensive Care Med*. 2012;38(7):1105-1117.
3. Vegas A, Wells B, Braum P, Denault A, Miller Hance WC, Kaufman C, et al. Guidelines for Performing Ultrasound-Guided Vascular Cannulation: Recommendations of the American Society of Echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr*. 2025 Feb;38(2):57-91. doi: 10.1016/j.echo.2024.12.004.
4. Lamperti M, Pittiruti M. Difficult peripheral veins: turn on the ultrasound. *Br J Anaesth*. 2013;110(6):888-891 doi: 10.1093/bja/aet078.
5. Lichtenstein DA, Mauriat P. Lung Ultrasound in the Critically Ill Neonate. *Curr Pediatr Rev*. 2012 Aug;8(3):217-223 doi: 10.2174/157339612802139389.
6. Bandeira B, Orsi KC, Nascimento LP, Balieiro MM. Uso da ultrassonografia na confirmação de posicionamento de sonda enteral em recém-nascidos: revisão de escopo. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2024;24:eSOBE-P202460i.
7. Fuzaro T, Regagnin DA, Brandão THV, Victorino JP, Santos ER, Coelho EUA. Assessment of bladder volume by nurses using point-of-care ultrasound: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2025;59:e20240285. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0285en>
8. Recker F, Kipfmüller F, Wittek A, Strizek B, Winter L. Applications of Point-of-Care-Ultrasound in Neonatology: A Systematic Review of the Literature. *Life (Basel)*. 2024 May 22;14(6):658. doi: 10.3390/life14060658.

Comentario de artículo

Aspirar o no aspirar residuos gástricos preprandiales: Análisis de factores pronósticos para cubrir las necesidades nutricionales diarias

To aspirate or not to aspirate preprandial gastric residuals: Analysis of prognostic factors for meeting daily nutritional needs

Dantas AVVC, Silva LA, Pagio MG, Lopes MVO, Silva VM, Guedes NG.

J Neonatal Nurs. 2025;31(2):101608

Comentado por: **Esp. Mario Nicolás Pons Dutra¹**

RESUMEN

Objetivo. Analizar los factores pronósticos a corto plazo para la cobertura de las necesidades nutricionales en función de la aspiración o no de residuos gástricos preprandiales en recién nacidos prematuros.

Diseño y métodos. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de intervención terapéutica con lactantes prematuros, divididos en dos grupos: lactantes con aspiración rutinaria de residuos gástricos (grupo 1) y lactantes sin aspiración (grupo 2). Los datos se analizaron mediante el método de Kaplan-Meier, la prueba de Peto y modelos de regresión de Cox univariados y multivariados.

Resultados. Se evaluó a un total de 140 prematuros: 71 en el grupo 1 y 69 en el grupo 2. Los grupos presentaron características basales similares. El grupo 2 cubrió sus necesidades nutricionales más tarde que el grupo 1. En el modelo multivariable, la no aspiración de residuos gástricos se asoció con una cobertura más temprana de las necesidades nutricionales en lactan-

tes que no presentaron vómitos, no presentaron infecciones tempranas y mostraron una progresión enteral más lenta.

No se encontró evidencia que sugiera que la aspiración de residuos gástricos pueda ser más beneficiosa para la cobertura de las necesidades nutricionales.

Conclusiones. Los datos sugieren que la no aspiración puede conducir a un logro más rápido de los requerimientos nutricionales a expensas de la aspiración rutinaria.

INTRODUCCIÓN

Diseño y métodos del estudio

El presente estudio de cohorte retrospectivo se desarrolló en un hospital del Noreste de Brasil, que brinda atención de alta complejidad de recién nacidos (RN) de alto riesgo. El estudio se basó en análisis de historias clínicas de RN con menos de 35 semanas de ges-

¹ Especialista en Enfermería Neonatal. Licenciado en Enfermería. Enfermero asistencial del Servicio de Neonatología, Hospital Regional Salto, Uruguay. ORCID: 0009-0008-5729-1554

Correspondencia: neonatologiahrs2020@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 3 de marzo de 2026

Aceptado: 1 de junio de 2026

tación durante 2 períodos diferentes durante un año. El primer periodo corresponde al grupo 1, donde se realizaba de manera rutinaria la evaluación del residuo gástrico (RG) preprandial, mientras que el segundo grupo se conformó con pacientes que ingresaron luego de la implementación de la no evaluación de la medición del RG. Se incluyeron RN de ambos sexos, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) que utilizaban una sonda orogástrica o nasogástrica para la alimentación enteral. Este protocolo fue evaluado por 22 profesionales (4 médicos, 4 nutricionistas y 14 enfermeros), con edades comprendidas entre 33 y 47 años, con experiencia profesional de entre 6 y 25 años. El 95 % de los RN seleccionados para participar de este estudio han recibido leche humana pasteurizada a través de la sonda.

Acerca de la monitorización del residuo gástrico en recién nacidos prematuros

Lograr una nutrición adecuada es uno de los objetivos clave de la atención neonatal, a fines de garantizar el crecimiento cerebral adecuado. Uno de los obstáculos para aumentar el volumen de alimentación enteral en los recién nacidos prematuros (RNPT), puede ser la intolerancia alimentaria y el riesgo de enterocolitis necrotizante (ECN). Se sabe que los RN prematuros presentan una inmadurez estructural y funcional del intestino, por cuanto la presencia de RG alimentario en la aspiración preprandial no sería razón de suspensión de la alimentación. Esta práctica rutinaria, en la mayoría de las UCIN, se utiliza para decidir la continuación o suspensión de la alimentación enteral, la progresión del volumen de alimento o la confirmación de la posición de la sonda gástrica.

Como no hay consenso en la definición de cuando un RG es fisiológico, o es un signo de intolerancia alimentaria, frecuentemente se suspende la alimentación por una interpretación errónea del residuo. Se sabe que las interrupciones frecuentes de la alimentación enteral, no permiten una progresión rápida de los volúmenes, y como consecuencia, implican un uso prolongado de la NPT, riesgo de colestasis, permanencia de vías venosas centrales y aumento de las tasas de infecciones. En las dos primeras semanas de vida se predice el crecimiento fisiológico del cerebro y de los ganglios basales, razón por la cual la progresión alimentaria es fundamental para reducir el riesgo de retraso del desarrollo neurológico, enfermedades cardiovasculares y la resistencia a la insulina.

Una de las mayores preocupaciones de los equipos neonatales siempre ha sido la prevención de la ECN.

No se encontraron evidencias de una asociación significativa entre la aspiración residual gástrica y la incidencia ni la prevención de la ECN.

COMENTARIO

Actualmente, la realidad cambiante en las unidades neonatales interpela a los equipos a reflexionar sobre cada una de las prácticas, tanto sencillas como complejas.

Se han ido modificando los cuidados de rutina por cuidados individualizados, considerando la particularidad de cada RN, inserto en una familia, con sus circunstancias y antecedentes prenatales.

Este estudio plantea la controversia sobre la necesidad o no de aspiración rutinaria del RG en neonatos, lo cual desafía al equipo neonatal a reflexionar críticamente sobre los beneficios y riesgos de dicha práctica y su impacto en el logro de los requerimientos nutricionales de los RNPT.

Numerosos estudios que plantean la revisión crítica de la aspiración de residuo como práctica estandarizada, proponen propósitos tales como determinar si la supresión de la medición rutinaria reduce el tiempo en alcanzar la alimentación enteral completa, o si podría ser preventiva de la aparición de una ECN, sepsis o una menor duración de la NPT. Así una revisión sistemática Cochrane de 2023,¹ que incluyó cinco estudios (423 RNPT), concluye como evidencia de certeza moderada que la monitorización rutinaria del RG tiene poco o ningún efecto sobre la incidencia de ECN y que probablemente aumenta el tiempo para establecer la alimentación enteral completa, el número de días de NPT y el riesgo de infección invasiva.

Puede mencionarse como limitaciones del artículo de Cardoso Dantas y cols., la omisión de aspectos importantes, aunque fundamentales al momento de analizar las conclusiones publicadas, tales como:

- Razones de la elección de leche humana pasteurizada de Banco como primera alimentación de los RN seleccionados.
- Si se utilizaron fortificadores.
- Qué modalidad de progresión del volumen en la alimentación enteral (rápido o lento) se adoptó.
- Conducta con el RG obtenido en el grupo con monitoreo preprandial.
- Falta de propuestas de recomendaciones de observaciones clínicas que reemplazarían la medición rutinaria de RG.

- Si se facilitó la inclusión de las familias en el cuidado nutricional de sus hijos.

Leche humana pasteurizada versus leche humana cruda

La leche donada, que recibieron la mayoría de los neonatos incluidos en este estudio, suele ser leche madura de madres a término. Por esta razón contiene menor cantidad de proteínas, grasa y energía que la leche cruda extraída de la propia madre del RNPT. La leche de Banco es sometida a un proceso de pasteurización que afecta a los niveles de ciertos componentes bioactivos, que participan en diferentes procesos metabólicos y del crecimiento y desarrollo. Si bien en ausencia de leche fresca de la propia madre, la leche humana de Banco es la mejor opción, los procesos a los que se ve sometida, inactivan la lipasa estimulada por sales biliares, y dificultan la digestión y absorción de los lípidos. También afectan el establecimiento de la microbiota, la tolerancia alimentaria y el metabolismo, siendo estos, factores de la leche humana que, justamente, contribuyen al crecimiento y desarrollo del RNPT, y lo protegen de infecciones y otras patologías.²

Por lo tanto, la elección de leche humana pasteurizada podría representar un factor a tener en cuenta en la mayor o menor tolerancia alimentaria de los RN de la población en estudio. No se publican en este estudio datos sobre la extracción de leche de las madres de estos RN, que debería ser la primera opción nutricional.

Comienzo de la alimentación enteral y protocolo de progresión de volúmenes

Actualmente coexisten diferentes corrientes nutricionales en la progresión de los volúmenes de aporte enteral en los RNPT, en quienes se origina el déficit nutricional principalmente, en los primeros 14 días de vida.

Hay coincidencia en los diferentes protocolos en iniciar cuanto antes, en las primeras horas de vida, con la calostroterapia orofaríngea como inmunoterapia, no como alimentación, independientemente del grado de criticidad del RN. En forma simultánea desde el nacimiento se administra la NPT y se inicia la alimentación trófica con volúmenes mínimos con la finalidad de cebar el intestino neonatal.

Salas y col. (2023), afirman que comenzar la alimentación trófica dentro de las primeras 96 horas es una práctica segura frente al antiguo concepto de ayuno

enteral y que la progresión temprana de pequeños volúmenes de alimentación reduce el tiempo hasta alcanzar la alimentación enteral completa y mejora notablemente el crecimiento sin aumentar el riesgo de ECN. La medición preprandial rutinaria del residuo gástrico carece de evidencia científica.³

Por lo tanto, puede afirmarse que la modalidad de progresión de los volúmenes de leche, en este caso pasteurizada, podría influir en la tolerancia alimentaria de los RN y en su crecimiento.

Fortificación de la leche administrada

La modalidad de fortificación de la leche humana de donante, o su ausencia, en el presente estudio, será relevante al momento de evaluar los resultados publicados.

La adición de fortificantes después de que se haya establecido la nutrición enteral completa, alrededor del día 14 de vida, según Salas y col. (2023), podría acelerarse sin aumentar el riesgo de ECN, dentro de las primeras 96 horas después del nacimiento lo que podría aumentar la velocidad de ganancia de talla y reducir la disminución del perímetro cefálico para la edad.⁴

El uso de fortificantes de origen bovino en los países de la región, como en el caso de Uruguay, tienen la dificultad que implica enriquecer pequeños volúmenes de LH donde el margen de error es elevado, especialmente con la presentación de fortificante en polvo. Es posible que un fortificante líquido podría minimizar errores, pero no se encuentra disponible en el país.

También es frecuente el uso de fórmula para prematuros para fortificar leche humana, la cual aumenta significativamente el contenido de micronutrientes y la osmolalidad de la leche de la propia madre, tanto extraída como la donada de Banco.

La fortificación de la leche humana aumenta la osmolalidad por la hidrólisis de los polisacáridos y el agregado de fortificante en polvo, implica el riesgo de dañar la mucosa intestinal y retrasar el vaciamiento gástrico, lo que puede aumentar la intolerancia alimentaria y la posibilidad de una ECN.⁵

Se publicaron evidencias de que, con el paso de las horas, la osmolalidad de la leche humana fortificada aumenta hasta en un 4 % y el tamaño de los glóbulos de grasa de la leche puede alterarse, afectando su digestión,⁶ por cuanto es necesario tener estricto control del tiempo de almacenamiento de la LH fortificada, que al momento de consumo debe ser el más breve posible y nunca sobrepasar las 24 h.

Conducta con el RG obtenido en el grupo con monitoreo preprandial

Se recomienda evaluar clínicamente al neonato antes de la alimentación y solamente monitorear el RG si hay evidencia de intolerancia digestiva. Al momento de medir el residuo y a fines de minimizar errores de evaluación deberá colocarse al niño en posición de 30° a 45°, utilizando una jeringa de 10 mililitros a fines de producir una aspiración suave que no dañe la mucosa;⁷ medir el volumen obtenido sin ejercer excesiva presión negativa, y evaluar las características.

La conducta a seguir con el RG debería estar protocolizada en cada Unidad. Recordar que descartar volúmenes que representen entre el 10-20 % de la alimentación previa puede provocar pérdidas de cloro y potasio, alteraciones electrolíticas, deshidratación y hasta desnutrición.⁷ En general, sólo descartar el RG que contenga sangre, bilis, o materia fecal.

Observaciones clínicas de enfermería que reemplazan la medición rutinaria de RG

Es función de enfermería evaluar los signos clínicos del RN en cada turno y tomar decisiones individualizadas en cada caso.

Es necesaria la observación sensible ante los cambios hemodinámicos del niño, tales como apneas, bradicardias, cianosis, hipotonía que a veces puede reportar la propia madre al tenerlo en brazos. Frente a estas claras señales que anuncian una descompensación, urge un examen físico exhaustivo, entre otros de los signos digestivos tales como un abdomen distendido, con eritema en la piel abdominal, dolor a la palpación, emesis, residuo gástrico bilioso o sanguinolento, heces con sangre visible, y falta de ruidos intestinales.^{7,8}

Una revisión científica del año 2020,⁸ expresa la importancia de considerar la medición del perímetro abdominal como alternativa no invasiva y objetiva para complementar el diagnóstico de una posible intolerancia alimentaria; incluso esta medida resulta más confiable que medir el RG.

Recomienda:

- Medir el perímetro abdominal de forma estandarizada en todos los niños prematuros que reciban alimentación enteral.
- Registrar siempre una medición basal al comenzar la alimentación enteral como valor de referencia.
- Realizar medición previa a cada toma en neonatos de riesgo de ECN.⁸

POR ÚLTIMO: LA ALIMENTACIÓN COMO ACTO DE COMUNICACIÓN ENTRE EL NIÑO Y LA FAMILIA

El contacto piel con piel desde el nacimiento entre los padres y su hijo durante la internación en la UCIN, y la cercanía física y emocional es crucial para su bienestar y desarrollo cerebral.

Es importante que el equipo neonatal abra las puertas de la Unidad de forma irrestricta y aliente a los padres a participar activamente en el cuidado de sus hijos, que aprendan, guiados por enfermería, a interpretar su comportamiento durante la alimentación y reconozcan tempranamente las señales de estrés o cambios que pueden comunicar al equipo.

El contacto piel a piel, participación en la alimentación por sonda, alentar a la madre a ofrecer succión al pecho vacío durante el gavage, puede beneficiar la tolerancia alimentaria, disminuir períodos de ayuno y permitir un progreso nutricional más temprano.

Incluir a la familia es más que una expresión, un deseo, implica tener condiciones dignas para que los cuidadores se sientan bienvenidos, desde una reposera reclinable, sanitarios, un espacio para que los padres coman y descansen provisto de heladera, un sector dedicado a la extracción de leche de las madres, en condiciones de seguridad.

Estas comodidades impensadas hasta hace unos años, hoy son un logro en el Servicio de Neonatología de la ciudad de Salto, Uruguay, indispensables a la hora de brindar cuidados de calidad.

REFERENCIAS

1. Abiramalatha T, Thanigainathan S, Ramaswamy VV, Rajaiah B, Ramakrishnan S. Routine monitoring of gastric residual for prevention of necrotising enterocolitis in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Jun 16;6(6):CD012937. doi: 10.1002/14651858.CD012937.pub3.

2. Hård AL, Nilsson AK, Lund AM, Hansen-Pupp I, Smith LEH, Hellström A. Review shows that donor milk does not promote the growth and development of preterm infants as well as maternal milk. *Acta Paediatr.* 2019 Jun;108(6):998-1007. doi: 10.1111/apa.14702.
3. Salas AA, Travers CP. The Practice of Enteral Nutrition: Clinical Evidence for Feeding Protocols. *Clin Perinatol.* 2023 Sep;50(3):607–623. doi:10.1016/j.clp.2023.04.005.
4. Salas AA, Gunawan E, Nguyen K, Reeves A, Argent V, Finck A, et al. Early Human Milk Fortification in Infants Born Extremely Preterm: A Randomized Trial. *Pediatrics.* 2023 Sep 1;152(3):e2023061603. doi: 10.1542/peds.2023-061603.
5. Pineda D, Bingham R, Gates A, Thompson AB, Stansfield BK. Osmolality of fortified donor human milk: An experimental study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2024 Jan;48(1):57-63. doi: 10.1002/jpen.2558.
6. Díaz J, Ferrando M. Modificaciones nutricionales en los procesos de manipulación de la leche humana extraída. *Rev Enferm Neonatal.* Abril 2021;35:15-24.
7. Enfermería Siben. SIBEN Recomendación IX: Valoración de la tolerancia digestiva en neonatos. Edisiben, 2025. [Consulta: 19 de junio de 2026]. Disponible en: <https://siben.net/wp-content/uploads/2025/03/SIBEN-Recomienda-IX.pdf>
8. Boghdady ML, Bortolussi-Courval É, Bergeron A, Laizner AM. Is there evidence to support the measurement of abdominal girth as an indicator of feeding intolerance or necrotizing enterocolitis (NEC) in neonates? Is there evidence to support its use in certain subpopulations (e.g. preterm babies)? What is the exact procedure? *Rapid Review Evidence Summary.* McGill University Health Centre; December 2020.



www.fundasamin.org.ar