



GMD

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



TF

2890

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA

ROSARIO, ARGENTINA

2026

"Prematurez y succión no nutritiva:

Acompañamiento fonoaudiológico temprano"

ALUMNAS:

Barrionuevo, Morena

Polzicoff, Julia

CON LA SUPERVISIÓN DE:

Lic. en Fonoaudiología Lavayen, Maria Verónica.

Lic. en Fonoaudiología Losasso, Natalia.

Ensayo presentado por:

Barrionuevo, Morena.

Polzicoff, Julia.

Con la supervisión de:

Lic. en Fgia. Lavayen, Maria Verónica.

Lic. en Fgia Losasso, Natalia.

Aprobada por:

.....
.....
.....

En Rosario, a los.....días del mes de.....del año.....

Legajo: B- 2145/8

Legajo: P- 1777/9

Agradecimientos.

El presente trabajo representa el cierre de una etapa profundamente significativa en nuestra formación profesional y personal. Por ello, queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a aquellos que nos acompañaron y sostuvieron a lo largo de este camino.

En primer lugar, a nuestras familias, por el apoyo incondicional, la paciencia, el amor y la confianza depositada en nosotras desde el primer día. Por estar presentes en cada esfuerzo, en cada duda y en cada logro, siendo un pilar fundamental para que hoy podamos celebrar este momento.

A nuestros amigos y amigas, por acompañarnos durante estos años, por el aliento constante, la escucha y la comprensión.

A la Universidad Nacional de Rosario, por brindarnos la posibilidad de acceder a una educación superior pública, gratuita y de calidad, reafirmando el valor de la universidad pública como herramienta de inclusión, construcción colectiva y compromiso social.

A la Escuela de Fonoaudiología, espacio donde nos formamos no solo como futuras profesionales, sino también como personas comprometidas con la salud, la ética y la responsabilidad social. A las docentes que, con dedicación, conocimiento y vocación, nos guiaron a lo largo de la carrera, compartiendo saberes, acompañando procesos y alentando una mirada crítica y reflexiva sobre nuestra práctica profesional.

Finalmente, queremos reconocernos a nosotras mismas, por el esfuerzo sostenido, la constancia, la perseverancia y el compromiso asumido durante todo este recorrido. Por los desafíos superados y por el crecimiento alcanzado.

Índice:

Resumen y palabras claves.....	3
Introducción.....	4
Problematización.....	5
Objetivos.....	6
Fundamentación.....	7
Desarrollo	
Capítulo 1: La prematurez: definición, características clínicas y estrategias de promoción de la salud neonatal.....	8
Capítulo 2: El cuidado centrado en la familia en la UCIN: bases conceptuales, participación familiar y fundamentos del valor del vínculo afectivo en el desarrollo temprano.....	13
Capítulo 3: La succión no nutritiva: implicancias neurofisiológicas en la maduración funcional y en el desarrollo de las habilidades alimentarias tempranas en el recién nacido prematuroextremo.....	16
Capítulo 4: El acompañamiento fonoaudiológico temprano: hacia una comprensión integral del abordaje del recién nacido prematuro y su familia.....	23
Conclusiones.....	26
Referencias bibliográficas.....	27

Resumen.

La prematurez, definida como el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación, conlleva una inmadurez multisistémica que incrementa la vulnerabilidad neonatal y demanda intervenciones especializadas. Bajo el paradigma del Cuidado Centrado en la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se promueve la participación activa de los cuidadores para fortalecer los vínculos afectivos y la autorregulación del neonato.

El presente ensayo, basado en una revisión bibliográfica, tiene como objetivo indagar sobre la implementación de la succión no nutritiva (SNN) como estrategia clave en la atención temprana fonoaudiológica de recién nacidos prematuros extremos. Asimismo, se busca resaltar el rol fundamental del fonoaudiólogo en las etapas iniciales del desarrollo y destacar la importancia del acompañamiento familiar durante la internación neonatal.

Se concluye que el abordaje fonoaudiológico temprano, de carácter integral e interdisciplinario, orientado al acompañamiento especializado que jerarquiza la participación familiar en los cuidados del neonato prematuro internado, no solo asegura la progresión de las habilidades oromotoras, sino que también promueve un cuidado humanizado y centrado en el binomio familia-bebé. En dicho contexto la implementación dirigida de la SNN potencia las competencias para una alimentación oral y la autorregulación del neonato, al tiempo que propicia los primeros intercambios comunicativos.

Palabras claves: prematurez, succión no nutritiva (SNN), acompañamiento fonoaudiológico temprano, cuidado centrado en la familia.

Introducción.

La prematurez se define como el nacimiento de un bebé antes de las 37 semanas completas de gestación (o antes de 259 días). Estos bebés presentan al nacer sistemas funcionales inmaduros y, por lo tanto, son más vulnerables y requieren cuidados especiales (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Nacer antes determina, para los recién nacidos (RN), largos períodos de internación, recuperación y tiempos de seguimiento muy prolongados a cargo de equipos especializados interdisciplinarios. Los bebés muy pequeños pueden permanecer internados un trimestre o más. La atención en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) debe ser personalizada para promover la estabilidad del recién nacido y apoyar su desarrollo integral. Quiroga (2018) argumenta que involucrar a la familia en el cuidado del recién nacido internado en la UCIN es clave para lograr efectos positivos a largo plazo, y que “solo se puede alcanzar el cuidado integral cuando se entiende el cuidado hacia el niño como un todo que incluye sus necesidades y las de su familia” (p. 6).

El RN prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. La atención del neonato debe ser individualizada teniendo en cuenta sus riesgos y todos los factores que rodean su nacimiento en particular.

El acompañamiento fonoaudiológico en unidades de neonatología es fundamental para la detección temprana y el abordaje de los desafíos relacionados con la alimentación, la audición y la interacción comunicativa / vincular, especialmente en RN prematuros. En el ámbito de la atención neonatal, los fonoaudiólogos trabajan de manera colaborativa con otros profesionales de la salud, poniendo en el centro a cada recién nacido y su familia. Su intervención se orienta a propiciar un desarrollo funcional favorable y a acompañar los procesos que atraviesan durante esta etapa, tanto las familias como el equipo de cuidado.

Problematización.

En el presente ensayo se propone, a partir de una revisión bibliográfica, fundamentar y analizar la implementación de la succión no nutritiva como estrategia fonoaudiológica temprana orientada a favorecer el desarrollo funcional y emocional del recién nacido prematuro **extremo** y a fortalecer el vínculo con su familia durante la internación en la UCIN.

La reflexión se enmarca en la complejidad de la prematurez como condición clínica que requiere atención integral, donde el cuidado centrado en la familia y la intervención interdisciplinaria se constituyen en pilares fundamentales para el bienestar del binomio recién nacido-familia.

Desde esta perspectiva, se pretende analizar la importancia del acompañamiento fonoaudiológico temprano en la promoción de la salud neonatal, reconociendo la necesidad de intervenciones preventivas y de apoyo al desarrollo que sitúen al niño y a su familia como protagonistas activos del proceso de cuidado.

Objetivos.

- Introducir la problemática de la prematurez, reconociendo sus principales implicancias clínicas y de desarrollo que justifican la necesidad de intervenciones fonoaudiológicas tempranas.
- Analizar los beneficios de la succión no nutritiva como estrategia de intervención fonoaudiológica temprana para favorecer la maduración funcional y las habilidades alimentarias en el RN prematuro extremo.
- Resaltar el rol de la Fonoaudiología en la Atención Temprana y en la formulación de estrategias de promoción y prevención orientadas al bienestar del recién nacido prematuro y su familia
- Destacar la importancia del acompañamiento familiar durante la internación neonatal y en el proceso de desarrollo posterior, desde el enfoque del cuidado centrado en la familia.

Fundamentación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) define la prematuridad como el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación y establece una clasificación basada en la edad gestacional que distingue diferentes grados de prematuridad. Dentro de esta categorización, los recién nacidos prematuros extremos — aquellos nacidos antes de las 28 semanas — constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad, debido a su riesgo incrementado de complicaciones clínicas y a la consecuente necesidad de cuidados altamente especializados desde el inicio de la vida.

Más allá de la complejidad biomédica, la llegada de un bebé prematuro extremo genera un profundo impacto emocional en su familia, frecuentemente atravesada por sentimientos de miedo, incertidumbre y desconocimiento frente a la fragilidad del recién nacido y al entorno asistencial altamente tecnificado. La implementación de la succión no nutritiva (SNN) emerge como una estrategia de cuidado beneficiosa para los recién nacidos prematuros, dado que favorece la maduración de las habilidades orales, contribuye a la estabilidad fisiológica y potencia las oportunidades de interacción entre el bebé y su familia, promoviendo su participación activa en los cuidados neonatales.

En dicho contexto, el presente ensayo se propone fundamentar la relevancia de la SNN como intervención fonoaudiológica temprana, considerando tanto sus efectos en el desarrollo neurofisiológico del recién nacido como su valor en la construcción de experiencias de cuidado seguras y sostenidas durante un período de especial vulnerabilidad. Reconociendo que, aunque la introducción de la succión no nutritiva constituye una intervención valiosa dentro de un enfoque integral del cuidado neonatal, no representa una solución por sí sola, ya que el bienestar del neonato prematuro y de su entorno familiar está influenciado por la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Por ello, su abordaje requiere una mirada multidimensional, sustentada en prácticas adaptadas al contexto clínico y a las necesidades particulares de cada binomio bebé–familia.

En este marco, los profesionales de la fonoaudiología cumplen un rol fundamental como facilitadores y acompañantes en el proceso de cuidado, proporcionando orientación y promoviendo la participación activa de las familias en la alimentación, la recuperación y la construcción del vínculo con su hijo/a. El propósito no es intervenir de manera invasiva ni prescriptiva, sino fortalecer la confianza de cada familia, generar experiencias de cuidado positivas y contribuir al desarrollo favorable del recién nacido durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Desarrollo.

Capítulo I: *La prematurez: definición, características clínicas y estrategias de promoción de la salud neonatal.*

Tal como define la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) la prematurez se entiende como el nacimiento antes de las 37 semanas de edad gestacional o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual.

La OMS propone una subdivisión de los RN prematuros en función de su edad gestacional en 3 grupos:

- Prematuros extremos: menos de 28 semanas de gestación.
- Muy prematuro: 28 a 31 semanas de gestación.
- Prematuros moderados a tardíos: 32 a menos de 37 semanas de gestación.

Se estima que cada año se producen alrededor de 15 millones de nacimientos prematuros en el mundo, y esta cifra continúa en aumento. Asimismo, aproximadamente 1,1 millones de recién nacidos fallecen a causa de complicaciones relacionadas con la prematurez (OMS, 2012). El 80% de los nacimientos pre término ocurren entre 32-37 semanas de gestación y la mayoría de estos bebés pueden lograr sobrevivir con la atención integral y adecuada a cada recién nacido prematuro. En Argentina nacen aproximadamente 750.000 niños por año, el 8% (unos 56.000) son prematuros. La prematurez es la principal causa de ingreso a los servicios de cuidados intensivos neonatales.

Levinson (2011) señala que el nacimiento prematuro puede producirse por diversidad de razones. En algunos casos ocurre espontáneamente, en otros se debe a inducción anticipada del parto o cesárea por razones médicas. Las causas más comunes pueden deberse a embarazos múltiples, mala alimentación materna, embarazos no deseados, adicción al tabaco o drogas, edades mayores de las mujeres al momento del primer embarazo, infecciones y enfermedades crónicas, como la diabetes y alta presión arterial. Sin embargo, frecuentemente no se identifica una causa.

La prematuridad es obstétricamente inducida en determinadas patologías fetales como la fetopatía diabética, el hidrops fetal etc.

Los niños que nacen prematuramente tienen mayores complicaciones a corto, mediano y largo plazo, asociadas a la prematuridad, las cuales se pueden extender a lo largo de la vida.

La mayoría de las complicaciones están asociadas a los desafíos que implica la inmadurez fisiológica y del proceso de adaptación del recién nacido prematuro. Estas

complicaciones comprenden alteraciones que afectan múltiples sistemas orgánicos (Asociación Española de Pediatría, 2008).

El nacimiento prematuro impacta de manera significativa en el **sistema nervioso central**, el cual posee una capacidad limitada de adaptación postnatal debido a que su maduración sigue una cronología relativamente fija. Esta inmadurez puede traducirse en una mayor vulnerabilidad ante estímulos externos.

En el aspecto **oftalmológico**, la detención de la vascularización normal de la retina producida por el parto pretérmino y el posterior crecimiento desorganizado de neovasos pueden dar origen a la retinopatía del prematuro (ROP), una de las complicaciones más características y relevantes en esta población.

La inmadurez del **sistema respiratorio** representa uno de los principales factores que condicionan la morbilidad y mortalidad en el recién nacido pretérmino. Se manifiesta principalmente como síndrome de distrés respiratorio, secundario a un déficit de surfactante o enfermedad de membrana hialina. Este cuadro clínico se caracteriza por respiración irregular, debilidad de la musculatura respiratoria, desarrollo alveolar incompleto, deficiente producción de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolocapilar, a lo que se suma una vascularización pulmonar insuficiente.

Respecto al **sistema gastrointestinal**, el recién nacido prematuro puede presentar escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico y evacuación lenta, producto de una motilidad intestinal inmadura. Estas condiciones favorecen la aparición de meteorismo y retraso en la evacuación. La prematuridad, además, constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de enterocolitis necrotizante, en cuya patogenia intervienen factores madurativos, vasculares, hipóxicos e infecciosos. El diagnóstico y tratamiento precoz resultan fundamentales para mejorar el pronóstico.

En el plano **cardiovascular**, la hipotensión arterial precoz es una manifestación frecuente, especialmente en los recién nacidos de menor peso. Esta puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener un tono vascular adecuado, o bien con otros factores como la hipovolemia, la sepsis o la disfunción cardíaca.

La **alimentación oral** también representa un desafío, ya que la inmadurez de los mecanismos neuromotores que la sustentan compromete tanto la eficacia como la seguridad del proceso alimentario. Según la Asociación Española de Pediatría (2008) la coordinación entre succión, deglución y respiración se consolida entre las 32 y 34 semanas de edad gestacional, por lo que los prematuros más pequeños suelen requerir apoyo especializado en este ámbito.

El desarrollo de los patrones rítmicos de succión puede ser interrumpido en aquellos niños que son rutinariamente sometidos a estimulación táctil anormal de áreas sensibles peri e intra orales durante periodos prolongados de intubación y canulación [...] Los problemas de alimentación temprana pueden contribuir a retraso significativo en la aparición de otros comportamientos oromotores incluyendo balbuceo, producción del habla-lenguaje. Así mismo, las habilidades inadecuadas de alimentación y la integridad del patrón de succión/expresión son biomarcadores para el desarrollo del cerebro y la función. (Guido-Campuzano et al., 2012, p. 203).

En conjunto, estos desafíos reflejan la complejidad del proceso adaptativo del recién nacido prematuro y la necesidad de un abordaje integral que considere tanto la inmadurez fisiológica como las múltiples interacciones entre los distintos sistemas en desarrollo.

Existe hoy en día, una prevalencia en aumento a nivel mundial de la prematuridad, cuyo origen es multifactorial (biológico, ambiental y social). Implica, para la mayoría de las personas que nacen con esta condición, largos periodos de recuperación, y plazos de seguimiento muy extensos. La prematuridad constituye un desafío relevante para los sistemas de salud por la alta morbilidad y mortalidad que presenta, además de las demandas asistenciales y los recursos económicos y sociales que requiere su abordaje integral.

La prevención y el tratamiento deben ser una política pública obligada para todas las naciones, e involucra a muchos actores. Las estrategias empleadas para prevenir y tratar al parto prematuro son amplias y van desde los cuidados preconcepcionales, hasta la atención del parto y del neonato en el periodo postnatal.

Se deben elaborar políticas y planes de acción integral para minimizar la desigualdad en salud, entre las mujeres, los neonatos y los niños en situación de vulnerabilidad. Si bien es cierto, que las políticas en salud por sí solas no ocasionan cambios individuales, si pueden proporcionar soluciones para hacer frente a algunos mecanismos que facilitan las inequidades en salud.

Resulta valioso realizar intervenciones dirigidas a las mujeres en edad reproductiva, atendiendo a sus necesidades en salud sexual y reproductiva, incluyendo, uso de anticonceptivos, prevención de embarazos en la adolescencia temprana, prevención de embarazos no deseados, atención prenatal de calidad, cumplimiento del enfoque de riesgo para las gestantes e inclusión de personal calificado en la atención del parto. La prevención y tratamiento de la prematuridad, es una de las estrategias más

importantes tenidas en cuenta para reducir la mortalidad neonatal e infantil. (Mendoza Tascón et al., 2016, p. 337)

En concordancia con lo planteado anteriormente, la atención integral de la prematuridad no solo implica intervenciones preventivas dirigidas a las mujeres en edad reproductiva, sino también la garantía de una atención adecuada y digna para los recién nacidos prematuros.

Los niños nacidos antes de término requieren una protección especial que asegure el cumplimiento de sus derechos fundamentales desde el momento del nacimiento, reconociendo su condición de vulnerabilidad y la necesidad de cuidados especializados que promuevan su supervivencia y desarrollo integral.

En su documento oficial, UNICEF Argentina (2013) enumera los siguientes derechos del prematuro:

1. “La prematuridad se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.” (p.2).
2. “Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y ser atendidos en lugares adecuados.” (p.3).
3. “El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.” (p. 4).
4. “Los recién nacidos prematuros tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.” (p. 5)
5. “Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna” (p. 6).
6. “Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP).” (p.7).
7. “Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.” (p.8).
8. “La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica” (p.9).
9. “El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.” (p.10).

10. “Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.” (p.11).

Es fundamental contar con equipos humanos capacitados y servicios especializados que respondan de manera integral a las diversas necesidades que surgen en cada etapa del ciclo vital. En el caso de los recién nacidos, la atención no debe limitarse únicamente a garantizar la supervivencia. Cada niña y niño merece una atención individualizada y de calidad, orientada a promover su desarrollo físico, emocional y social desde el inicio de la vida. No se trata únicamente de garantizar la supervivencia, sino de asegurar condiciones que permitan una vida plena, con oportunidades reales para alcanzar el máximo potencial en un marco de dignidad, equidad y bienestar.

Capítulo II: *El cuidado centrado en la familia en la UCIN: bases conceptuales, participación familiar y fundamentos del valor del vínculo afectivo en el desarrollo temprano.*

Según Quiroga (2018), la participación activa de las familias en el cuidado de sus hijos constituye un eje fundamental para favorecer efectos positivos a largo plazo en el desarrollo de los recién nacidos internados en la UCIN. Diversas investigaciones han demostrado que la interrupción precoz del contacto y la limitación de las interacciones iniciales pueden generar repercusiones físicas, cognitivas y psicoemocionales tanto en el niño como en sus cuidadores.

En este marco, el modelo de cuidado centrado en la familia propone un enfoque integral que reconoce a los padres como aliados esenciales en el proceso de atención, promoviendo su participación en las decisiones clínicas y en las actividades cotidianas del cuidado. Dicho enfoque se sustenta en principios que destacan el derecho de los cuidadores a recibir información clara, pertinente y veraz, así como la necesidad de respetar las particularidades de la díada bebé-familia y de establecer relaciones de colaboración entre el equipo de salud y el entorno familiar. No obstante, y a pesar de la evidencia que avala la presencia continua de los cuidadores en la UCIN, aún persisten limitaciones estructurales y organizacionales —como restricciones horarias o falta de condiciones adecuadas para la permanencia prolongada— que dificultan su participación sostenida junto al recién nacido.

El ingreso de un recién nacido a la unidad neonatal puede ser una experiencia extremadamente estresante tanto para el lactante como para la familia. Según lo planteado por Bowlby (1952), resulta esencial para la salud mental, que el bebé experimente el calor, la intimidad y la relación continua con su madre, o un sustituto permanente de la misma, donde ambos disfruten y encuentren satisfacción. La deprivación materna ocurre cuando, aún estando con el niño la madre es incapaz de brindarle el cuidado amoroso que necesita, o cuando por alguna razón se lo aparta de su cuidado, en el caso de ser hospitalizado, donde el niño no tendrá una persona única que lo cuide en forma individual y con quien pueda sentirse seguro.

En el ámbito de las unidades de cuidados intensivos neonatales, se ha señalado que las teorías que advierten sobre las implicancias de la separación temprana del cuidador primario —particularmente de la madre— no siempre reciben la consideración necesaria en la práctica clínica. Según Quiroga (2018), durante mucho tiempo los servicios de neonatología estuvieron disociados de las necesidades psicológicas de los neonatos y sus familias, priorizando el cuidado biológico que permitió mejorar la supervivencia, pero sin incorporar una filosofía de cuidado centrado en la familia.

A menudo, los padres expresan su deseo de involucrarse en el cuidado de su bebé, pero en la UCIN suelen sentirse demasiado ansiosos y sobrepasados para hacerlo. Este nivel

de estrés y la percepción de no estar cumpliendo adecuadamente su rol parental no siempre están relacionados con la gravedad del estado del bebé. La experiencia de separación, por sí sola, puede resultar traumática. En muchos casos, la atención médica del recién nacido se convierte en la prioridad, y tanto la condición clínica como la presencia de equipos médicos complejos pueden dificultar la participación activa de los padres. Por ello, es responsabilidad de cada UCIN fomentar un ambiente favorable para las familias, brindándoles orientación sobre las necesidades y el comportamiento de su hijo/a, y motivándolos a implicarse en su cuidado. A su vez, es esencial ofrecer soporte a todos los padres, brindándoles la oportunidad de contactar con trabajadores sociales o psicólogos que puedan orientarlos teniendo en cuenta sus necesidades.

En vista del impacto de dicha situación, resulta valioso generar un ambiente centrado en el paciente y su familia, dentro del universo del cuidado de la salud neonatal. Se han propuesto medidas focalizadas principalmente en acciones de cuidado que promuevan un crecimiento y desarrollo adecuado. Coughlin et al. (como se citó en Quiroga, 2018) proponen los siguientes lineamientos:

- Brindar un ambiente sanador, que cuente con un espacio físico para padres y bebés, en donde puedan sentirse cómodos y con privacidad.
- Establecer un acuerdo con las familias para optimizar los cuidados para el neurodesarrollo.
- Propiciar un posicionamiento y manipulación adecuado que ofrezca soporte del desarrollo musculoesquelético, con procedimientos gentiles y modulados.
- Disminuir el estrés y dolor, en beneficio del desarrollo neurológico.
- Proteger la piel y de esta manera todas sus funciones.
- Optimizar la nutrición, para promover su efecto en el neurodesarrollo.

(pp. 6 - 7)

Los cuidados comienzan desde el primer contacto con el hospital, desde la consulta prenatal, en la sala de parto y al promover el vínculo en todas las circunstancias, en la admisión del paciente a la UCIN y en el cuidado durante toda la estadía.

El equipo de salud cumple un rol fundamental al brindar contención y acompañamiento, promoviendo la participación activa de los padres en el proceso asistencial. Esta inclusión temprana favorece la construcción del vínculo afectivo, fortalece las competencias parentales y contribuye a un desarrollo integral y humanizado desde el inicio de la vida.

Resulta muy valioso incorporar esta filosofía de cuidado en cada una de las acciones realizadas durante este proceso, teniendo en cuenta que implica el compromiso, capacitación y colaboración de todo el equipo de profesionales de la salud, promoviendo un resultado beneficioso para cada familia.

Bajo este paradigma de atención integral, la intervención fonoaudiológica cobra relevancia al abordar funciones vitales que se sitúan en la intersección entre lo biológico y lo vincular. En el siguiente apartado, se analizará la succión no nutritiva (SNN), examinando sus implicancias neurofisiológicas en la maduración funcional y su impacto en el desarrollo de las habilidades alimentarias tempranas del recién nacido prematuro extremo.

Capítulo III: La succión no nutritiva: implicancias neurofisiológicas en la maduración funcional y en el desarrollo de las habilidades alimentarias tempranas en el recién nacido prematuro extremo.

El desarrollo de las habilidades funcionales del bebe comienza desde el entorno intrauterino, donde el feto se encuentra en un estado de adaptación total, con sus necesidades básicas cubiertas, influenciado por las condiciones físicas y emocionales de la madre. Al nacer, el recién nacido debe comenzar un nuevo proceso de adaptación al ambiente externo, siendo condicionado tanto por el entorno que lo rodea como por su estado físico.

Los reflejos orales, son descritos por Coriat (1974) como “una compleja sinergia de respuestas automáticas orientadas a posibilitar el acto alimentario desde el nacimiento. Comprende los reflejos de búsqueda, succión y deglución” (p.48), por lo que, constituyen el andamiaje neurofisiológico que permite al neonato iniciar la alimentación.

El reflejo de succión se describe como una respuesta motora rítmica, automática y coordinada que se activa ante la estimulación oral —generalmente en labios o cavidad oral— y que permite al neonato generar presión intraoral negativa junto con movimientos linguales anteroposteriores, facilitando así la extracción y movilización del líquido durante el amamantamiento. Este reflejo constituye un componente esencial de la alimentación neonatal temprana y depende de circuitos tronco encefálicos que regulan la cadencia y la fuerza del patrón motor (Lau y Schanler, 2000; Arvedson y Brodsky, 2002). Por su parte, el reflejo de búsqueda facilita la orientación cefálica y la apertura oral ante la estimulación táctil perioral, mientras que el hociqueo promueve la protrusión labial necesaria para el sellado y la preparación de la toma. En su totalidad estos reflejos permiten que el recién nacido pueda localizar la fuente de alimento, organizar la entrada oral y generar un patrón inicial de transferencia de líquidos.

En conjunto, la integración de los movimientos orales, la organización del transporte del líquido y la coordinación precisa entre succión, deglución y respiración configuran un único proceso funcional que se denomina succión nutritiva (SN). Este patrón motor rítmico, sostenido por redes neuromotoras del tronco encefálico y mediado por la activación coordinada de los nervios craneales involucrados, posibilita la ingesta eficiente y segura de líquidos durante las primeras etapas de vida extrauterina.

Dentro de este proceso, la coordinación succión–deglución–respiración (S–D–R) puede adoptar distintos patrones secuenciales (inspirar–deglutir–expirar; expirar–deglutir–inspirar; inspirar–deglutir–inspirar y/o expirar–deglutir–expirar), los cuales reflejan la variabilidad fisiológica propia del neonato y su capacidad de adaptar el ritmo respiratorio al ciclo de alimentación.

La SN no solo es clave para la nutrición, sino también para la regulación emocional del recién nacido, ya que el acto de succionar no solo alimenta, sino que también brinda consuelo y seguridad. El contacto temprano con la madre —ya sea a través de la lactancia o del contacto piel con piel— cobra un valor fundamental en el desarrollo del vínculo afectivo y en la estabilidad emocional del bebé. En los recién nacidos prematuros —especialmente en los extremadamente prematuros— la expresión de los reflejos suele ser incompleta, inconsistente o de menor calidad funcional, como consecuencia de la inmadurez sensoriomotora y de los circuitos del tronco encefálico que regula el control oromotor. A ello se suma una integración insuficiente del complejo patrón (S–D–R), cuya coordinación depende de redes neurales que no alcanzan madurez hasta etapas postnatales más avanzadas. Estos desafíos inciden directamente en la calidad, estabilidad y eficacia de las habilidades oromotoras tempranas, esenciales para la transición hacia una alimentación segura y competente.

La coordinación S–D–R es un prerequisite indispensable para la alimentación oral segura, ya que permite la transición rítmica y eficiente entre las funciones respiratoria y alimentaria. En los recién nacidos prematuros menores de 32 semanas de edad gestacional, esta coordinación es aún inmadura, debido a la insuficiente integración de los centros motores bulbares y la limitada estabilidad cardiorrespiratoria, lo cual imposibilita el inicio seguro de la succión nutritiva (Guido-Campuzano et al., 2012).

La evidencia actual indica que la coordinación funcional de la S–D–R se establece de manera más consistente alrededor de las 34 semanas de edad gestacional, momento en el cual se observan patrones de succión más organizados, secuencias respiratorias estables y una reducción significativa de episodios de apnea, bradicardia o desaturación durante la alimentación oral (Amaizu et al., 2008; Lau, 2016; Dodrill y Gosa, 2015). Por lo tanto, la introducción de la alimentación oral debe basarse en la demostración clínica de dicha madurez neurológica y fisiológica, y no exclusivamente en la edad gestacional.

El primer indicador de bienestar en el neurodesarrollo de un neonato es la alimentación. El recién nacido prematuro está en clara desventaja en relación con el recién nacido de término. Su eficacia para alimentarse no sólo va a depender de la edad gestacional, sino también del tono muscular, del desarrollo de la estabilidad fisiológica, del estado y la conducta, de la reserva de energía, de la madurez del sistema nervioso y aparato gastrointestinal y de su estado de salud; por lo que antes de pretender alimentarlo por la boca debe evaluarse la coexistencia de condiciones

médicas adecuadas y, sobre todo, su capacidad de ejecución (Guido-Campuzano et al., 2012, p.199).

Debido a las características previamente mencionadas —particularmente la inmadurez neurológica y la ausencia de una coordinación eficaz succión–deglución–respiración—, en los recién nacidos extremadamente prematuros se ve limitado el inicio seguro de la succión nutritiva. Ante la imposibilidad de una ingesta oral segura, la alimentación por sonda —ya sea orogástrica o nasogástrica— se establece como el método de soporte nutricional, indispensable para garantizar, transitoriamente, el aporte calórico y el crecimiento del neonato, reduciendo el riesgo de aspiración. En este contexto, adquiere especial relevancia la implementación de la succión no nutritiva (SNN), utilizada como estrategia de estimulación oral y regulación fisiológica / emocional en etapas tempranas (Pineda et al., 2018).

La SNN es un comportamiento complejo que involucra la coordinación de varios músculos para la generación de patrones motores orales. Se desencadena ante un estímulo táctil en o alrededor de la cavidad oral, lo que induce el cierre de la boca y la generación de presión intraoral sobre el objeto de contacto. Esta es sin flujo de nutrientes, y se produce, por ejemplo, al succionar un dedo o chupete. Colabora con el desarrollo de la SN y se presenta entre la semana 18 y 24 de gestación. Tiene un tiempo de duración menor que la SN y se organiza en series de succiones cortas separadas de pausas breves (Inostroza Santibáñez, et al., 2013).

La SNN colabora con el desarrollo de la succión nutritiva, ya que la calidad y la ritmicidad de la misma mejoran a medida que el ritmo de succión se estabiliza y se ajusta adecuadamente después de las 34 semanas de edad gestacional. Tiene un tiempo de duración menor que la SN y se organiza en series de succiones cortas separadas de pausas breves. Su frecuencia es de dos succiones por segundo.

Asimismo, la SNN contribuye de manera significativa a la organización conductual del lactante y ejerce un efecto regulador y calmante, además de constituir un mecanismo temprano de exploración oral del entorno. En contraste, la SNN representa un patrón motor menos complejo que la SN, dado que requiere un número reducido de degluciones y, en consecuencia, demanda una coordinación mínima con la respiración. Esta característica explica su presencia incluso en neonatos con edades gestacionales muy bajas. Lo anterior resulta especialmente relevante, puesto que en los recién nacidos prematuros extremos se evidencia con mayor claridad un patrón de succión ineficiente, tanto en la succión nutritiva

como en la no nutritiva, principalmente determinado por parámetros de ritmo y frecuencia. (Pineda et al., 2018)

Tanto la literatura como la evidencia clínica respaldan la aplicación de la succión no nutritiva (SNN) incluso en neonatos prematuros extremos.

Practicar SNN con chupete contribuye a reducir el estrés, el dolor en recién nacidos hospitalizados, promueve la ganancia de peso en prematuros, la maduración y crecimiento gastrointestinal en neonatos inmaduros y permite pasar más rápido de la sonda a la alimentación oral completa, posiblemente al mejorar el estado conductual (Guido- Campuzano et al., 2012, p. 199).

Otro reporte es la reducción de la estancia hospitalaria y por ende los costos de hospitalización.

Harris y Glass (como se citó en Guido-Campuzano et al., 2012) “recomiendan la inclusión de la presión táctil perioral e intraoral, así como la succión del pezón y del dedo antes de la alimentación al seno materno o con biberón” (p. 205).

Bazyk (como se citó en Guido-Campuzano et al., 2012) sugiere que “la succión no nutritiva está justificada en recién nacidos pretérmino que reciben alimentación por sonda y puede acelerar la transición de alimentación por sonda a vía oral” (p. 205).

Guido-Campuzano et al. (2012) plantean que “existe evidencia de que la succión no nutritiva en recién nacidos pretérmino con soporte ventilatorio nasal no invasivo, puede ayudar a la organización del neurodesarrollo, favorecer la maduración de la conducta neurológica y mejorar la ventilación” (p.205).

Pinelli J y Symington (2005) realizaron una revisión sistemática que incluyó 21 estudios, de los cuales 15 fueron ensayos controlados aleatorizados.

Los resultados de esta revisión demostraron un beneficio significativo de la SNN en la duración de la estancia hospitalaria (en días). La revisión no reveló un beneficio de la SNN con respecto a las demás variables clínicas principales (aumento de peso, ingesta energética, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, tiempo de tránsito intestinal y edad postconcepcional con alimentación oral completa) [...] La revisión identificó otros resultados clínicos positivos de la SNN: transición de la alimentación por sonda a la alimentación con biberón y mejor rendimiento en la alimentación con biberón. No se reportaron resultados negativos en ninguno de los estudios. (Pinelli J & Symington, 2005, p.7)

Bingham et.al (2010) realizaron un estudio prospectivo y observacional en diferentes UCIN de los Estados Unidos que incluyó 51 RN prematuros nacidos entre las semanas 25 y 34 de edad gestacional, con un peso al nacer de $1512,3 \pm 499,4$ g. El objetivo de la investigación fue evaluar el valor de las medidas de succión no nutritiva como predictores del rendimiento en la alimentación oral. Los resultados obtenidos indicaron que “los lactantes con un patrón de SNN más organizado lograron la alimentación oral independiente 3 días antes (transición de 16 días frente a 13 días) que los lactantes con patrones de succión más caóticos” (Bingham et.al., 2010, p.194). A su vez, este estudio sugiere que “la evaluación de la maduración de la succión a través de la succión no nutritiva, puede predecir aquellos recién nacidos prematuros que presentarán dificultad para la alimentación” (Guido-Campuzano et al., 2012, p. 205).

Adicionalmente, el uso de la succión no nutritiva como estrategia terapéutica contribuye al desarrollo neuroentérico y a la regulación conductual de los neonatos. Aguilar Vázquez et al. (2017) señalan que esta técnica mejora el estado organizativo del lactante, lo que se refleja en un mejor resultado en evaluaciones madurativas como la escala de Brazelton. Por otro lado, el efecto calmante de la SNN, descrito por Gago Alonso (2020) y Guido - Campuzano (2012), permite al neonato explorar su entorno de manera más eficiente y desarrollar conductas de auto consuelo.

Por su parte, Fucile et al. (2005) demostraron que un programa de estimulación oral de 15 minutos diarios durante 10 días mejora significativamente el desempeño de succión en neonatos pretérmino, logrando una transición más temprana a la alimentación oral.

Algunos autores (Bertoncelli et al., 2012; Fucile et.al., 2012) plantean que la estimulación sensoriomotriz en neonatos facilita el desarrollo de habilidades existentes, a partir de estímulos orales, táctiles, kinestésicos, vestibulares y auditivos, acordes al progreso del niño.

Esta estimulación consiste en una serie de estrategias y técnicas intra y extraorales (presión, masajes, golpeteo o tapping, vibración, maniobras de facilitación, entre otras) encaminadas a facilitar orientar la succión-deglución hacia el patrón típico. Según Cuesta (2012, p. 45), “la estimulación sensorio-motora-oral debe realizarse con el prematuro en estado de alerta y tranquilo, en lo posible, cuando el bebé tiene un poco de hambre y nunca después de la toma” No debe cansar o estresar al neonato.

Así, la intervención sensorio-motriz temprana promueve la maduración neural, facilitando la coordinación succión-deglución-respiración en lactantes prematuros, aumentando la fuerza de succión y presentación de reflejos de

adaptación. Esto permite mejorar las habilidades de alimentación oral y promover la nutrición (Álvarez et al., 2015, p.31).

Cabe destacar que, si bien la literatura ofrece valiosos aportes sobre posibles estrategias terapéuticas, su aplicación clínica debe ser interpretada críticamente y contextualizada, evitando intervenciones estandarizadas o instrumentales que no contemplen las necesidades reales del binomio familia-bebé. Desde un enfoque contemporáneo de fonoaudiología neonatal —basado en el cuidado centrado en la familia y en prácticas respetuosas del desarrollo—, la estimulación oral temprana se concibe no como una secuencia rígida de técnicas, sino como un proceso situado, responsivo y colaborativo, orientado a favorecer la maduración espontánea de las habilidades oromotoras del neonato, respetando sus señales, su estabilidad fisiológica y el rol activo de su entorno afectivo.

La succión no nutritiva es una forma positiva de ofrecer estimulación sensorio-motriz oral, ya que proporciona beneficios para el desarrollo de habilidades necesarias para una alimentación oral exitosa. Además, disminuye los posibles riesgos en la alimentación oral, mejora los resultados de la lactancia materna siendo útil como estrategia para disminuir el dolor ante procedimientos dolorosos y contribuye a reducir el estrés del neonato (Álvarez et al., 2015, p.31).

La succión no nutritiva durante la estadía de los bebés prematuros extremos en la UCIN es fundamental ya que, favorece la maduración de los patrones orales, contribuye a la organización neurológica y ofrece una experiencia sensorial positiva en un entorno altamente medicalizado.

Desde el enfoque fonoaudiológico actual, este acompañamiento se concibe de manera situada y relacional, incorporando a la familia como participante activa y fundamental en el proceso. La participación guiada de madres, padres y cuidadores no solo potencia los beneficios de la SNN, sino que también promueve el vínculo, reduce el estrés del recién nacido y fortalece su preparación para la alimentación oral. Así, la intervención fonoaudiológica se integra en un modelo contemporáneo de atención humanizada y centrada en la familia, donde las vivencias y ritmos del bebé ocupan un lugar central.

Capítulo IV: *Hacia una comprensión integral del acompañamiento fonoaudiológico.*

El período neonatal, una etapa de compleja adaptación fisiológica, plantea múltiples desafíos para el desarrollo de los recién nacidos. En este contexto, el papel del fonoaudiólogo se presenta como esencial dentro de los equipos interdisciplinarios, especialmente en escenarios como las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN).

Dicha disciplina “aporta conocimientos especializados para abordar las dificultades de alimentación y comunicación, temas clave para asegurar un desarrollo saludable desde los primeros días de vida” (Rodríguez et.al., 2024, párr.1)

La fonoaudiología, no queda excluida en la atención del recién nacido pretérmino (RNPT), ya que forma parte del equipo especializado, realizando las intervenciones oportunas desde los primeros días de nacido, en la internación en UCIN y a lo largo de su crecimiento y desarrollo físico, en las habilidades motoras, aspectos cognitivos, comunicacionales (comprensión y expresión) socio-emocional y adaptativas, que permitan responder a las circunstancias cambiantes de la vida y exigencias contextuales. (Unzaga, 2023, párr. 4)

Este abordaje se inscribe necesariamente dentro de los lineamientos de la atención temprana, Díaz Mendoza (2025) define este marco de trabajo como:

...conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a sus familias y a su entorno, cuyo objetivo es responder lo antes posible a las necesidades transitorias o permanentes de los niños que presentan trastornos en su desarrollo o que están en riesgo de padecerlos. Esta intervención es especialmente fundamental en el caso de los recién nacidos pretérmino, donde se requiere considerar al niño de manera integral y planificar acciones coordinadas por un equipo profesional con enfoque interdisciplinario o transdisciplinario (p.9)

Dentro de este marco integral, se jerarquizan estrategias diagnósticas y terapéuticas específicas que permiten objetivar el estado madurativo del neonato. Sobre la relevancia de estas prácticas, Vázquez (2023) sostiene que:

El empleo de la succión no nutritiva (SNN) en la evaluación de las respuestas de succión aporta información relevante sobre la etapa de desarrollo y la capacidad de alimentación del recién nacido. Esto resulta especialmente significativo en presencia de trastornos de succión, ya que permite identificar las dificultades específicas y diseñar estrategias de intervención adecuadas. Al emplear la SNN para valorar la preparación oral del neonato, los profesionales pueden elaborar planes de atención personalizados e intervenir oportunamente para favorecer una alimentación eficaz. Asimismo, la participación activa de los padres en el cuidado del recién nacido y el fortalecimiento del vínculo entre ambos son componentes esenciales del proceso. Por

ello, en las intervenciones basadas en SNN debe contemplarse la dimensión vincular, dado que contribuye a mejorar el comportamiento de alimentación oral en los bebés prematuros (p. 31)

Resulta crucial entender que la labor fonoaudiológica trasciende la técnica e impacta directamente en la organización sistémica del binomio neonato-familia. Como bien indica Díaz Mendoza (2025):

Una de las funciones fundamentales del profesional en fonoaudiología en este contexto es la evaluación, intervención y habilitación individualizada de las habilidades orales y deglutorias, particularmente en neonatos prematuros o aquellos con afecciones médicas complejas. Esta labor permite la elaboración de un perfil funcional detallado del neonato, el cual orienta las decisiones clínicas respecto al inicio, mantenimiento o suspensión de la alimentación oral. De igual manera, el/a fonoaudiólogo/a puede desempeñar un papel activo en la formación de las familias, a través de intervenciones indirectas que consisten en la enseñanza de estrategias para promover la alimentación, fortalecer el vínculo afectivo durante las tomas y facilitar la interpretación de las señales del bebé. Este aspecto resulta especialmente relevante en contextos de estrés parental asociado a la hospitalización (p. 26-27).

Se concibe como un modelo colaborativo que tiene como objetivo primordial el bienestar del recién nacido, en el que los estímulos proporcionados en la UCIN deben ser meticulosamente planificados y dosificados, con el fin de evitar sobrecargas sensoriales o experiencias adversas que puedan comprometer el desarrollo cerebral y dar lugar a secuelas a mediano y largo plazo.

A pesar de lo antedicho, es frecuente que la presencia de profesionales de la fonoaudiología en la UCIN sea ocasional o se limite a la derivación tardía en casos con desafíos de alimentación ya establecidos. Esta situación refleja una visión aún reducida del potencial del/la fonoaudiólogo/a como agente de prevención e intervención temprana, y apunta a la necesidad de integrarlo de forma estructurada en los equipos asistenciales desde el inicio del ingreso neonatal.

En conclusión, visibilizar y reforzar el papel de la fonoaudiología en el entorno neonatal no solo responde a una necesidad asistencial emergente, sino que representa

una oportunidad para mejorar la calidad de vida de los neonatos y sus familias desde las primeras etapas del desarrollo (Díaz Mendoza, 2025, p. 31)

Conclusiones.

A partir de lo expuesto, es posible concluir que el profesional de la fonoaudiología cumple un rol primordial en la evaluación, diagnóstico, pronóstico y abordaje terapéutico del recién nacido prematuro extremo, siendo fundamental su intervención dentro del equipo interdisciplinario en la UCIN.

La succión no nutritiva (SNN) se presenta como una estrategia eficaz para promover la estimulación sensoriomotriz oral en neonatos prematuros, favoreciendo la organización de los patrones de succión, la regulación fisiológica y emocional, y facilitando la transición hacia la alimentación oral completa. Su práctica contribuye al desarrollo neurológico, mejora la conducta de alimentación y reduce el estrés, constituyendo un recurso terapéutico de gran relevancia en unidades de cuidados intensivos neonatales.

Este abordaje debe contextualizarse dentro de un modelo de atención centrado en la familia, donde la participación activa de padres y cuidadores favorece el vínculo afectivo. En este sentido, el rol del fonoaudiólogo no se limita al abordaje terapéutico directo, sino que se extiende a la educación, acompañamiento y empoderamiento de los cuidadores principales.

La participación activa de la familia, como protagonista del proceso de cuidado, es esencial para asegurar la implementación sostenida de las estrategias de intervención, fortalecer el vínculo afectivo con el prematuro y favorecer la construcción de un ambiente contenedor que respete sus señales y tiempos.

Involucrar a los familiares en la aplicación de la SNN —cuando las condiciones clínicas del neonato lo permiten— no solo incrementa la eficacia de la intervención, sino que promueve su apropiación de prácticas basadas en el contacto, la regulación emocional y el sostén sensorial. Así, la familia se convierte en un agente clave, capaz de co-construir junto al equipo de salud un proceso de atención integral y humanizado.

Este enfoque no solo asegura la progresión de las habilidades oromotoras, sino que también promueve un cuidado humanizado y centrado en el binomio familia-bebé, fortaleciendo la preparación del neonato para una alimentación oral segura y eficiente.

Referencias bibliográficas.

- Aguilar Vázquez., Gómez Pérez, M., López Sánchez, R., & Torres Ruiz, A. (2017). La importancia de la coordinación de la succión, deglución y respiración en neonatos. *Revista de Pediatría*, 39(5), 123–134.
- Álvarez Hernández, C., Barcia Varas, J., Pavez Gallegos, N., & Zúñiga Delgado, C. (2015). *Descripción de reflejos orofaciales, succión nutritiva y no nutritiva en*

- lactantes prematuros extremos de 3 y 6 meses de edad corregida (Tesis de grado, Universidad de Chile).* Recuperado de: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138230/%C3%81lvarez%20Barcia%20Pavez%20Z%C3%BA%C3%B1iga.pdf>
- Amaizu, N., Shulman, R. J., Schanler, R. J., & Lau, C. (2008). Maturation of oral feeding skills in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 97(1), 61–67. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00548.x>
 - Arvedson, J. C., & Brodsky, L. (2002). *Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management* (2nd ed.). Singular/Thomson Learning.
 - Asociación Española de Pediatría. (2008). *Protocolo sobre parto prematuro* (Protocolo 8). Recuperado de: <https://seneo.es/images/site/publicaciones/protocolos/8.pdf>
 - Bertoncelli, N., Cuomo, G., Cattani, S., Mazzi, C., Pugliese, M., Coccolini, N., Zagni, P., Mordini, B., & Ferrari, F. (2012). Competencias de alimentación oral en lactantes prematuros sanos: Una revisión. *Revista Internacional de Pediatría*. Recuperado de: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3362836/>
 - Bingham, P. M., Ashikaga, T., & Abbasi, S. (2010). Prospective study of nonnutritive sucking and feeding skills in premature infants. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 95, F194–F200. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19948525/>
 - Bowlby, J., & World Health Organization. (1952). *Maternal care and mental health: A report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children* (2nd ed.). World Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/40724>
 - Coriat, L. F. (1974). *Maduración psicomotriz en el primer año del niño*. Recuperado de: <https://www.lydiacoriat.com.ar/libro/download/lydia-coriat-libro.pdf>
 - Cuesta, M., Espinosa A., & Domínguez, E. (2012). Papel de enfermería en la estimulación precoz de la succión del recién nacido pretérmino. *Enfermería Integral* 97, 3–7. Recuperado de: <http://www.enfervalencia.org/ei/97/ENF-INTEG-97.pdf>
 - Díaz Mendoza, N. (2025). *El rol del logopeda en la UCIN: Intervención temprana y su impacto en el desarrollo alimentario* (Tesis de grado, Universidad de Valladolid). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/78936/TFG-M-L3805.pdf?sequence=1>

- 28

- Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., Mendoza Tascón, L. I., Arias Guatibonza, M. D., & Peñaranda Ospina, C. B. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(4), 330–342. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Nacidos demasiado pronto: Informe de acción global sobre nacimientos prematuros*. Recuperado de: https://www.manosunidas.org/sites/default/files/informe_nacido_demasiado_pronto_oms_2012.pdf
- Pineda, R., Dewey, K., y Jacobsen, A. (2018). Non-Nutritive Sucking in the Preterm Infant. *American Journal of Perinatology*, 36 (3), 268–276. Recuperado de: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6561102/>
- Pinelli, J., y Symington, A. (2005). Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD001071. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16235279/>
- Quiroga, A. (2018). Cuidado centrado en la familia en la unidad de neonatología: una filosofía de cuidado que no se puede postergar. *Revista Enfermería Neonatal*; 27: 4-10.
- Rodríguez, S. (2024). *Mitos y realidades en torno al rol del fonoaudiólogo en el abordaje del recién nacido*. Escuela Colombiana de Rehabilitación. Recuperado de: <https://www.e-cr.edu.co/mitos-y-realidades-en-torno-al-rol-del-fonoaudiologo-en-el-abordaje-del-recien-nacido>
- UNICEF. (2013). *Decálogo de los derechos del prematuro y su familia*. UNICEF Argentina. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/informes/dec%C3%A1logo-de-los-derechos-del-prematuro-y-su-familia>
- Unzaga, S. (2023). Prematurez y fonoaudiología, un acompañamiento desde inicio de la vida. *El Liberal*. Recuperado de: <https://www.elliberal.com.ar/nota/9559/2023/12/prematurez-y-fonoaudiologia-un-acompanamiento-desde-inicio-de-la-vida>
- Vázquez Llorente, M. (2023). *El rol del logopeda en la succión no nutritiva en la unidad de cuidados intensivos neonatales* (Tesis de grado, Universidad de

Valladolid).

Recuperado

de:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/61270/TFG-M-L3072.pdf>