

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



GRADO EN LOGOPEDIA

CURSO ACADÉMICO

2020/2021

**EL PAPEL DE LA LOGOPEDIA EN LA UCI
NEONATAL**

Modalidad trabajo teórico

MARTA INCLÁN RIESGO

Oviedo, junio 2021

Resumen

Este trabajo supone una búsqueda que refleja la importancia y el estado actual de la logopedia en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Mediante una búsqueda sistemática se observó que, para los bebés, existen numerosas ventajas respecto a la estimulación del logopeda en aspectos referidos a la coordinación de la respiración-succión-deglución. En este aspecto, la búsqueda mostró como una de las funciones fundamentales de la logopedia en este contexto, es el trabajo de la adecuación de los órganos que participan en la función vital de la alimentación. Se recopiló el volumen de investigación y la práctica laboral, además de la situación actual de las UCI Neonatales/Pediátricas en todo el territorio español. Finalmente se completa el recorrido de este trabajo recogiendo las principales actuaciones logopédicas específicas en este ámbito.

Palabras clave: estimulación temprana, UCIN, logopedia, alimentación, succión, neonato.

Abstract

This work is a search that reflects the importance and current status of speech therapy in Neonatal Intensive Care Units (NICU). Through a systematic search, it was observed that, for infants, there are numerous advantages to speech therapy stimulation in aspects related to breathing-suction-deglutition coordination. In this aspect, the search showed that one of the fundamental functions of speech therapy in this context is to work on the adequacy of feeding. The volume of research and work practice was compiled, as well the current situation of Neonatal/Pediatric ICUs throughout Spain. Finally, the main specific logopedic actions in this field are included in this work.

Keywords: early stimulation, NICU, speech therapy, feeding, sucking, neonate.

Introducción

No todos los bebés nacen en la misma semana de gestación. El neonato a término es el nacido alrededor de la semana 40-41 de embarazo, entendiendo neonato como recién nacido. Por otro lado, los neonatos prematuros son los nacidos antes de la semana 37, lo que conlleva que las condiciones madurativas en las que se encuentra el bebé sean muy distintas al neonato a término. Al no completarse el embarazo dentro del útero materno, se pueden generar agentes estresantes para el recién nacido, además de encontrarse ante una situación de gran vulnerabilidad (Vico, 2020).

En términos generales un bebé prematuro es un bebé de riesgo, ya que su desarrollo se ve comprometido como consecuencia de haber nacido antes de lo estimado (Vico, 2020). Estos bebés están expuestos a dificultades vitales como las respiratorias por poseer unos pulmones inmaduros, dificultades de termorregulación, hipotensión arterial, trastornos metabólicos o disposición a infecciones por su débil sistema inmunitario. Es importante destacar también, las dificultades como lesiones cerebrales, retinopatías y dificultades de alimentación (Ordoñez, 2020), entre otras.

Tabla 1

Clasificación del neonato basada en la edad gestacional.

Categoría	Semanas
Postérmino	42 o más
A término	37-41
Prematuro leve	35-36
Prematuro moderado	32-34
Prematuro extremo	< 32

De este modo, se debe clasificar a los neonatos en diferentes categorías en función de la semana de gestación en la que han nacido, como se puede observar en la tabla anterior. Es de suma importancia ya que el tono muscular de un pretérmino se ve

disminuido (Villamizar et al., 2010), además de la presencia de hipotonía general en todo su cuerpo.

Tabla 2

Clasificación del neonato basada en el peso.

Recién nacido	Peso (g.)
Con bajo peso al nacer	< 2500
Con muy bajo peso al nacer	<1500
Extremo bajo peso al nacer	<1000
Microneonato	<750

Como se aprecia en la tabla 2, el neonato puede clasificarse según su peso en gramos. Este es otro de los aspectos a tener muy en cuenta en cada nacimiento, porque a menor peso, mayor riesgo y mayores complicaciones (Vico, 2020).

Es importante reflejar el número de recién nacidos de manera prematura. Por ello, la Sociedad Española de Neonatología (SeNeo) demuestra que la tasa de neonatos prematuros en el año 2020 se mantiene en un 7% de todos los nacimientos, sin bajar la cifra desde hace unos años atrás. Según Vico (2020), puede darse por diversas causas como el estrés laboral producido durante el embarazo, el aumento de la edad de las madres para tener un hijo y el incremento de los partos múltiples como consecuencia de la reproducción asistida.

De esta manera, la intervención temprana es necesaria cuando el desarrollo del neonato prematuro se ve afectado, haciendo que sus funciones mejoren y evitando posibles problemas adicionales. Por otro lado, Estévez y Mazza., (2003) afirman que para que un prematuro pueda desarrollarse necesita un ambiente que se lo facilite. Así pues, dichos bebés se encuentran en una etapa crítica, ya que en ella se desarrollan factores biológicos, psíquicos y sociales, además de la adquisición del lenguaje, la socialización y la construcción del pensamiento. Los logopedas deben ser partícipes de esta intervención temprana en aspectos como la alimentación y adecuación de los órganos que

participan en dicha función (terapia miofuncional especializada en el neonato). Según Vico (2020) todo ello desde el inicio, debe ser enmarcado en las UCIN.

Por otro lado, es de suma importancia conocer el desarrollo embrionario en el contexto del neonato. Según Guido-Campuzano et al., (2012) en la semana 13 de embarazo se comienza a desarrollar la deglución y seguidamente la succión (madurando en la semana 18). Los reflejos de succión y deglución en el recién nacido maduran entre los 0-4 meses coordinándose con la respiración. Dicho reflejo de succión desaparece entre la 4-6 meses, comenzando así la etapa de alimentación con cuchara. A los 7-9 meses desaparece el reflejo de mordida y se produce madurez oromotora. Los logopedas rehabilitaremos los problemas de coordinación succión-deglución-respiración, logrando así una alimentación oral efectiva, segura y suficientemente nutritiva. Además de evitar aspiraciones, desaturaciones y bradicardias, también es posible la eliminación de sondas y el aceleramiento del alta hospitalaria. Dicha intervención comienza en los servicios UCIN y continúa a lo largo de la vida del niño/a. Los entornos en los que se desarrollen estas tempranas intervenciones deben tener poca luz y poco ruido, intentando que el medio donde se encuentra el bebé sea lo más agradable posible (Vico, 2020).

Siguiendo con la alimentación, ésta es considerada la situación comunicativa principal del recién nacido con su entorno (Sánchez, 2017). Además de nutrir al bebé, también favorece las interacciones y los vínculos afectivos, lo que favorece la comunicación bidireccional. Dicha alimentación marca el peso y eso la estancia en la UCIN. Para estimarse el alta, los bebés deben cumplir con un peso adecuado y una buena alimentación que deberá ser controlada por un logopeda tanto en la UCIN como fuera de ella (Ordoñez, 2020).

Teniendo en cuenta lo mencionado, en el presente trabajo se pretende dar respuesta a un gran objetivo general, el cual hace referencia a la integración de la logopedia en las UCIN mediante el apoyo científico de la práctica basada en la evidencia. Para complementar dicho objetivo, también se quiere reflejar el estado de la práctica laboral logopédica, además del apoyo científico de las terapias logopédicas en este ámbito. Es de esperar que se encuentren numerosos trabajos dedicados a dichas terapias neonatales, y fundamentalmente se espera un incremento del volumen de publicaciones a partir de la última década en adelante, debido al surgimiento de la propia UCIN como espacio específico y separado de la UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos).

Método

Con el fin de conseguir una base científica sólida para realizar una correcta revisión teórica sobre el papel de los logopedas en las UCI neonatales, se ha seguido el siguiente método. Los estudios analizados se han obtenido en las bases de datos de PubMed, Google Académico, SciELO, Dialnet y ScienceDirect por su adecuación a la temática dentro del campo de la salud, además de la localización de los textos en su forma completa.

Para acotar la selección de las búsquedas, las palabras clave empleadas han sido *NICU therapy sucking, NICU therapy feeding, deglución UCI neonatal, terapia logopédica UCIN, speech therapy NICU, método Canguro UCI, sucking NICU, therapy feeding, therapy sucking.*

En cuanto a la selección de los estudios se ha realizado un análisis tanto del título como del resumen, excluyendo artículos que no estaban relacionados con la logopedia. No se ha acotado el año de selección para obtener una recopilación exhaustiva de los estudios existentes y adecuados a los criterios y objetivos que se han establecido. Asimismo, se han revisado las citas y bibliografía pertinente. Se ha completado la búsqueda sistemática con la inclusión de otros datos y estudios mediante conferencias de profesionales en la materia a modo de informantes clave. Entre ellas, las impartidas por Belén Ordoñez Miyar “*Alimentación en el recién nacido prematuro*”, organizada por el Colegio Profesional de logopedas de la región de Murcia durante los días 12 y 13 de diciembre de 2020, y Rosana Mari Vico “*Intervención logopédica desde la neonatología*” dentro de la Jornada de la Comunicación y la Deglución: la Prematuridad, de la Universidad Oberta de Cataluña, en febrero de 2020. Además se ha utilizado una puesta en contacto a través de email, llamadas telefónicas y visitas, con diversos hospitales de todo el territorio español que presentan UCI neonatal distinguida de la UCI pediátrica para conocer la existencia o no del papel de la logopedia en dicho ámbito.

Según la *KidsHealth*, la diferencia fundamental entre las UCIs mencionadas con anterioridad es que la neonatal centra su trabajo en niños/as desde su nacimiento hasta los 28 días de vida, en cambio, la pediátrica abarca enfermedades desde el nacimiento hasta la adolescencia.

Resultados

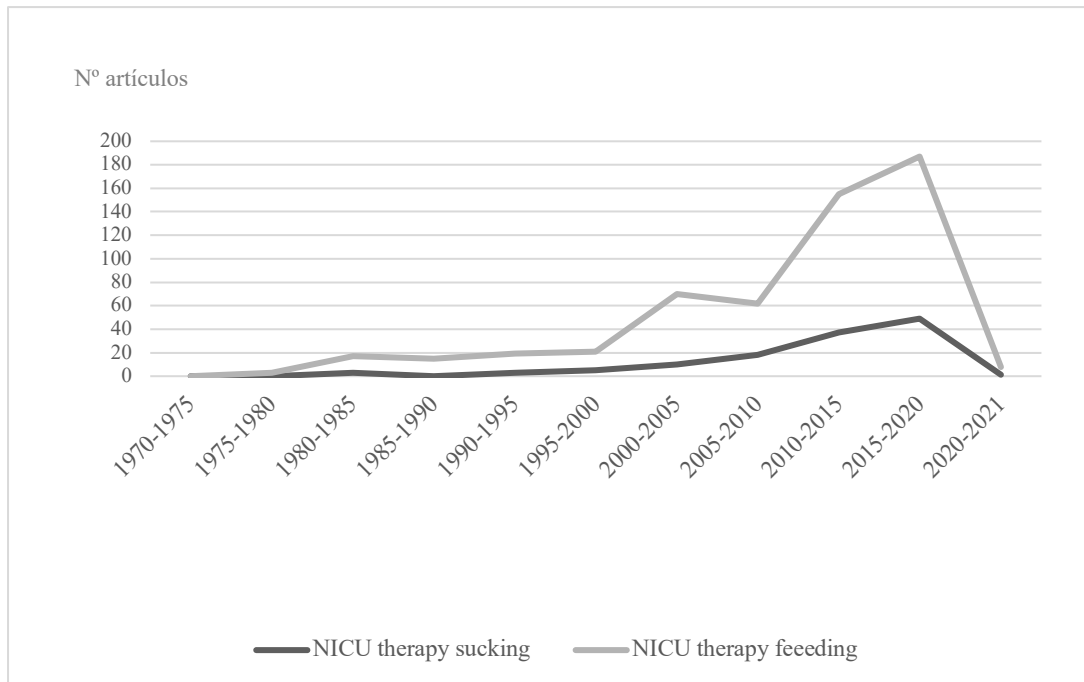
Existe gran volumen de investigación, tanto en inglés como en español sobre la UCI neonatal, siendo más abundantes las publicaciones en lengua inglesa. Así, utilizando el buscador *Pubmed*, ya que es el que resultados más completos arrojó, se puede observar en la tabla 3 el nivel de investigación y la cantidad de artículos publicados de cada año. Por ejemplo, al introducir en el buscador *NICU therapy sucking* (siendo NICU, la correspondencia en inglés de la denominada UCIN), podemos observar resultados desde el año 1982 con un artículo al respecto, hasta el 2020 con tres, siendo a partir del 2011, el año clave para el aumento en la cantidad de artículos. En cambio, al introducir en el buscador *NICU therapy feeding*, se puede observar aún más claro el aumento de resultados/artículos a partir del año 2000 (consultar tabla 3). Ambas palabras clave son las que más resultados reflejan y por ello su apreciación.

Según la SECIP (Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos) las UCI neonatales o pediátricas se comienzan a establecer en España hace 30 años, destinadas a la asistencia de pacientes pediátricos críticos dentro de los Departamentos o Servicios de Pediatría. Según Ordoñez (2020) el inicio de la logopedia en este ámbito comienza en el primer equipo de atención temprana del Hospital Santa Cristina de Madrid, hace casi 40 años con María José Vidaurrazaga Huelin. De ella se formó y aprendió Belén Ordoñez Miyar, logopeda del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, a la cual se apela en múltiples ocasiones gracias a su gran aportación profesional.

Por otro lado, en base a la tabla 3 que se expone a continuación, se puede observar cómo los trabajos en los últimos años han ido aumentando notablemente. Todo ello puede ser debido al mayor interés y auge por estas investigaciones, además de la estabilización del servicio de las UCIN.

Figura 1

Comparación cronológica de búsquedas bibliográficas con las palabras que generaron mayor volumen de artículos.



Los resultados obtenidos estiman que para la intervención logopédica con estos pacientes se debe realizar inicialmente una valoración individualizada. A continuación, se expondrá de manera pormenorizada los principales hallazgos de cara a la práctica profesional del logopeda en las UCINs. Además, según Ordoñez (2020), en dichos bebés se encuentra una alimentación oral no segura, con presencia de aspiraciones, desaturaciones, bradicardias y una nutrición parenteral/enteral, entendiendo que la nutrición parenteral es la que se realiza por vía intravenosa y la enteral por vía sonda, como la nasogástrica, orogástrica u onda gástrica.

Seguidamente, se estimaría una valoración física de la lengua, labios, paladar duro/blando, mejillas y maxilares. A continuación, se realizaría una valoración de los reflejos primitivos, recopilados con mayor desarrollo en la tabla 3. Dichos reflejos son respuestas motoras estereotipadas desencadenadas por estímulos y son normales en el neonato. Estas respuestas motoras aparecen durante la segunda mitad del embarazo y luego van desapareciendo (García-Alix y Quero., 2012). Es importante tener en cuenta que si durante el desarrollo aparece un patrón anormal de reflejos o si persisten más allá de la edad en la que deberían desaparecer, se considera que el recién nacido tiene riesgo de lesión cerebral y otras formas de alteración neurológica (Adler y Webb., 2010).

Tabla 3

Reflejos primitivos (recuperada y adaptada de Adler y Webb, 2010; Alix García et al., 2012; Soto y Fajardo, 2010).

Reflejo primitivo	Descripción	Edad de desaparición
Reflejo de Rooting	Reflejo de los puntos cardinales. Se estimula en la zona perioral, la boca y lengua. Orientado hacia el estímulo en las cuatro direcciones.	3 meses
Reflejo tónico asimétrico del cuello (RTCA)	Desencadenado al girar hacia un lado la cabeza hasta que el mentón llegue al hombro durante 15 segundos, y luego volver a línea media. Aumento del tono de miembros correspondientes al lado de giro de la cabeza, mientras que los del lado contrario permanecen flexionados.	3 meses
Reflejo de búsqueda	Precede a la succión y ayuda a la orientación y sujeción al pezón o chupete. Sustituido por la capacidad de anticipación del bebé.	3 meses
Reflejo de apoyo positivo	El lactante soporta su peso corporal. Desencadenado al estimular la planta de los pies.	4 meses
Reflejo de protusión lingual	Parte de una reacción del mecanismo succión-deglución. Desencadenado al tocar los labios o lengua, generando una respuesta de empuje de la lengua entre los labios (par craneal XII).	4-6 meses
Reflejo de presión palmar	Flexión y empuñamiento de los dedos. Desencadenado al poner el índice en la palma del bebé. Los neonatos prematuros a la edad de término presentan un reflejo de menor duración que los nacidos a término.	6 meses

Reflejo de Moro	Abducción simétrica de brazos y extensión de antebrazos, seguido de aducción de brazos y flexión de antebrazos. Reflejo desencadenado por ruido inesperado o sensación de estar cayendo.	6 meses
Reflejo de succión	Desencadenado al poner un dedo en la boca o pezón materno. Respuesta de succión alternada con periodos de descanso. Sustituido por la actividad mandibular.	6 meses
Reflejo tónico simétrico del cuello	Extensión de brazos y flexión de piernas al realizar extensión de cabeza. Desencadenado una vez que desaparece el RTCA.	6 meses
Reflejo de mordida	Desencadenado al ejercer presión sobre las encías por el V par craneal. Presente en el momento de nacimiento y sustituido por patrón de masticación más maduro.	7-9 meses
Reflejo laberíntico tónico	Retracción de los hombros con extensión de cuello y una retracción del tronco con la flexión de cuello.	11-24 meses
Reflejo de presión plantar	Desencadenado por presionar el pulgar contra la planta al lado de los dedos del pie. Flexión de los dedos.	15 meses
Reflejo de deglución	Involucra acciones musculares de la boca, lengua, paladar y faringe. Requiere coordinación. Desencadenado por la presencia de un fragmento de alimento en la faringe. Aparición anterior al reflejo de succión.	18 meses

Reflejo de arcada	Es similar al reflejo nauseoso, involucra una menor extensión de la musculatura de la faringe, laringe y lengua. Se mantiene toda la vida actuando como mecanismo protector de la vía aérea.	-
Reflejo de tos	Presente a las 30 semanas de vida en el 80% de los bebés. Mantenido durante toda la vida. Desencadenado por la activación de los receptores laríngeos y/o la activación de los receptores bronquiales.	-

Tras ello, se realiza una valoración funcional de la succión, deglución, respiración y alteraciones posturales. Dentro de estas valoraciones no podemos olvidarnos de aspectos importantes del ámbito de la enfermería como conocer y controlar el soporte de oxígeno y la frecuencia cardíaca, la medicación y patologías de cada caso, las complicaciones médicas, la situación alimentaria, así como las personas de referencia y cuánto tiempo a lo largo del día están con el bebé (Ordoñez, 2020).

A continuación, se expondrá una síntesis de los diferentes procedimientos encontrados en la literatura que especifican y subrayan la importancia de la figura del logopeda en las UCI dedicadas al neonato. En primer lugar, para trabajar la alimentación con estos bebés, se utiliza la técnica de succión no nutritiva (SNN). Esta succión está presente desde la semana 18-24. No está implicada en la alimentación, es descoordinada de la deglución y ayuda al desarrollo de la succión nutritiva y adquisición de habilidades de alimentación (La Orden et al., 2012). Su objetivo es la autorregulación del organismo a nivel propioceptivo y con el entorno (Costas et al., 2006). Es menos compleja que la nutritiva y requiere una coordinación menos exigente ya que lo que el bebé tiene que deglutir son las secreciones orales que produce. (Ordóñez, 2020). Por otro lado, disminuye la agitación del bebé, mejora la oxigenación, estabiliza la presión intracraneal, prolonga los periodos de sueño profundo y ayuda a disminuir efectos estresantes (Tamez y Silvia., 2010). En definitiva, con este tipo de succión se puede disminuir el tiempo de hospitalización, el cambio más rápido de sonda

orogástrica a alimentación por succión, además de mejorar el rendimiento alimenticio (Guido-Campuzano et al., 2012).

En cuanto a la succión nutritiva (SN), es la vía de alimentación programada en el desarrollo evolutivo de las personas. Se coordina de forma refleja con la deglución a partir de las 32 semanas de gestación, madura progresivamente entre la 32 y 40 y es la que permite la alimentación propia del bebé (La Orden et al., 2012). Con este tipo de succión el bebé tiene que deglutir mediante pequeñas succiones líquido. Este tipo exige una adecuada maduración de los órganos implicados en la deglución y respiración. Además, gracias a la SN se pueden valorar los reflejos de Búsqueda y Rooting (observar en la tabla 4), colocando los labios del bebé en contacto con el alimento, formándose un surco central en la lengua para coger el pezón o la tetina, y elevándose la mandíbula para ayudar al cierre oral. Para que dicha SN sea suficientemente segura y eficaz, debe existir una adecuada coordinación anatomo-fisiológica con la respiración y deglución. Si en dicha coordinación existiese algún tipo de alteración, deberá ser rehabilitado lo antes posible para una buena evolución clínica y alimentaria del recién nacido (Vico, 2020).

En el conjunto de la búsqueda, no se ha encontrado actualmente una escala específica a este respecto. Por ello se debe realizar una observación rigurosa de los patrones de succión-deglución-respiración. En la tabla 4, podemos observar sin embargo algunas de las escalas empleadas.

Tabla 4

Escalas de valoración de la alimentación neonatal.

Referencia	Objetivo	Edad	Ítems	Categorías	Medición	Contacto con sujeto
NOMAS Palmer et al., (1993).	Identificación de las conductas oro-motoras neonatales.	34 sem <	28	3	Descartado	No
EFS	Medición de las habilidades de	Recién nacido	36	6	Pulsioxímetro	Sí

Thoyre et alimentación oral pretérmi
al., (2005). del RNPT para no
iniciar la lactancia
materna.

POFRAS	Decisión	de <32	18	5	Descartado	Sí
Fujinaga et al., (2013).	momento de inicio de la alimentación oral.	sem- 34	sem <			

En base a lo anteriormente mencionado, los objetivos que se deben perseguir son la familiarización del recién nacido con sensaciones orofaciales (OF) positivas y la reducción de la hipersensibilidad intraoral. También se debe asociar la estimulación OF a la ingesta, con ello se facilitará la identificación de la sensación de hambre, la instauración y maduración de reflejos succión-deglución-respiración. Además de crear en el bebé sensaciones positivas a la hora de alimentarse y con ello favorecer el vínculo materno/paterno-filial (Ordoñez, 2020).

A partir de la búsqueda realizada, a continuación se expondrán los principales resultados en términos de evaluación, objetivos, metodología y técnicas más relevantes en dicho tema. Para llevar a cabo los objetivos se debe establecer una metodología, comenzando por la estimulación oromotora no nutritiva, realizando praxias pasivas concretas para provocar respuestas motrices activas. Tras ello se procede a la activación de la succión con estimulación digital/chupete anatómico (Ordóñez, 2020). Seguidamente, se trabaja la estimulación oromotora nutritiva cuando el recién nacido produzca una succión no nutritiva rítmica y regular, cuando existan degluciones coordinadas con la succión y respiración, y cuando sea bajo el riesgo de aspiraciones, es decir, cuando el bebé así lo requiera. Cuando esta succión nutritiva sea regular y estable, se debe eliminar la nutrición enteral.

A continuación, se desarrollarán tres métodos esenciales para tener en cuenta: el método NIDCAP, el método/programa de intervención PIOMI y el método canguro, siendo todos ellos utilizados en la práctica logopédica. En primer lugar, el método NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*) es un

programa internacional que siguen muchas unidades neonatales, basado en disminuir la intensidad de luz y ruido que pueden afectar el descanso y el desarrollo del bebé (consultar tabla 5). En él se favorece el contacto piel con piel y sigue un modelo individualizado de cuidado a partir de la observación y valoración del bebé, su entorno físico y familiar, priorizando siempre el descanso (Ordoñez, 2020). Por otro lado, Acevedo et al., (2017) demuestran que con este método las intervenciones serán dirigidas a mejorar el macroambiente del bebé (luces, ruidos), además del microambiente (postura, manipulaciones, dolor), siendo los familiares los principales cuidadores.

Tabla 5

Resumen del método NIDCAP, Vico (2020).

Técnica	Frecuencia	Procedimiento
Estiramiento mejillas	Dos veces por cada mejilla	Colocar un dedo dentro de la mejilla hacia atrás (hacia la oreja), luego hacia debajo de atrás hacia adelante (patrón C). Repetir al otro lado.
Rodillo labial	Una vez cada labio	Colocar un dedo en el interior y el pulgar en el exterior del labio. Mover el dedo en dirección horizontal mientras se mueve el pulgar en dirección opuesta. Hacer en lado derecho, izquierdo de cada labio.
Estirar labio	Una vez cada labio	Colocar un dedo en el exterior del labio y uno en el interior. Estirar comprimiendo hacia la línea media. Repetir con el labio inferior.
Masaje de encías	Dos veces	Colocar el dedo en un lado de la encía superior, con presión firme y sostenida, moverlo lentamente a través de la encía hacia el otro lado. Desplazar hacia abajo el dedo por la encía para continuar un círculo.

Laterales lengua/mejilla	Una vez por cada lateral	Colocar el dedo a nivel del molar en el lateral de la lengua y encía. Moverlo hacia línea media, empujando la lengua a la línea media.
Paladar	Dos veces	Aplicar presión sostenida en el paladar duro durante 3 segundos. Mover el dedo hacia abajo y tocar el centro de la lengua y desplazarla hacia abajo con presión firme. Mover el dedo hacia atrás hasta el centro del paladar duro.
Provocar succión	-----	Colocar un dedo en la línea media del paladar, acariciar suavemente para provocar succión.
Soporte succión no nutritiva	-----	Dejar el dedo o mantener el chupete en la boca para permitir que succione.

En cuanto al PIOMI (*Premature Infant Oral Motor Intervention*), es un programa de intervención oromotora creado por la Dra. Brenda Lessen donde se realizan maniobras en diferentes estructuras orofaciales que estimulan desde la vía sensorial hasta la vía oromotora. En él se realizan movimientos suaves y con mucho cuidado. Se recomienda hacer 5 minutos durante 7 días a la semana y se enseña este método a los padres para que formen parte activa de la estimulación de su bebé.

Por último, se encuentra el método canguro. Nace en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá en 1979 como método que potencia la piel con piel. El bebé se encuentra en posición vertical entre el pecho de la madre, padre o cualquier familiar, con la cara de medio lado y los brazos y las piernas en posición de rana. Los principales beneficios se muestran en un estudio de Delgado (2005). Dichos beneficios se traducen en un mayor número de tomas al día de leche materna y por ello recibir antes el alta ya que la alimentación mejora. Por otro lado, presentan una mayor estabilidad fisiológica con mejores niveles de oxigenación, frecuencias cardíacas mantenidas y reducción de apneas. El bebé, al dormir más tranquilo tras este método, tiene mayor nivel de activación, además de la confianza materna/paterna y los vínculos afectivos que se crean. También hace falta destacar que la comunicación con estos bebés se debe estimular desde el primer

momento. Es un aspecto que se debe hacer llegar a los familiares para fomentar esta interacción desde el principio. Todo el equipo que acompaña a la familia debe ayudar y hacer partícipes de este momento a todos los integrantes acompañándolos y empoderándolos, favoreciendo así el vínculo materno-paternofamiliar (Ordóñez, 2020).

Por otra parte, en cuanto a las investigaciones obtenidas sobre el estado actual de las UCI neonatales, cabe destacar según la SECIP (Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos) que la primera unidad multidisciplinaria médico-quirúrgica creada fue la del Hospital Infantil Vall d'Hebrón de Barcelona (hace aproximadamente 30 años) y más adelante los Departamentos o Servicios de los hospitales ya existentes como los del Hospital de la Paz de Madrid, San Juan de Dios y Clínico Universitario de Barcelona, Santiago de Compostela, Gregorio Marañón de Madrid, Clínico de Granada, entre otros. Además de las creadas en hospitales pediátricos de nueva apertura como el Miguel Servet de Zaragoza, Cruces de Bilbao, La Fe de Valencia, Ntra. Sra. del Pino de Las Palmas, Virgen del Rocío de Sevilla.

Más adelante, numerosos hospitales españoles añadieron estas unidades a sus hospitales, sumando un número de 30 en todo el territorio. Pero con una distribución un tanto desigual que es importante reflejar. El listado de hospitales ha sido obtenido de SECIP, dato del que se partió para investigar la información pertinente a cada hospital mediante emails, lo cual se clarifica a continuación. En primer lugar, la mayor parte de hospitales no cuenta con la presencia del logopeda en este ámbito. Dichos hospitales son el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Hospital General de Alicante, Hospital Universitario Torrecárdenas (Alicante), Hospital Universitario de Cruces (Bilbao), Hospital Universitario de Burgos (HUBU), Hospital General Universitario de Castellón, Hospital Universitario Donostia, Hospital Regional Universitario de Málaga, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia), Clínica Universidad de Navarra, Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Complejo Hospitalario de Jaén, Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla y en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Tampoco en la Corporación Sanitaria Parc Taulí, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona.

En cambio, en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona sí existe una logopeda en el servicio de Neurología de la Unidad de Estimulación Precoz, Rosana Mari Vico. En el Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, la función del logopeda la desempeña una profesional del Hospital Palamós, que se desplaza cuando se la requiere. También en Granada, en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, existe un proyecto de inicio de una Unidad de Logopedia Pediátrica, el cual se encuentra a la espera de contratación de un logopeda. Además, el sistema andaluz de salud carece de bolsa de contratación para esta categoría.

El Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid también posee una trayectoria en logopedia en contextos neonatales, que comienza en el año 2010, Belén Ordoñez Miyar, como se ha apuntado en ocasiones anteriores y que sigue desempeñando actualmente, junto a tres logopedas a tiempo parcial. El Hospital Universitario La Paz de Madrid, se encuentra por el contrario en otra situación. La intervención en esta comunidad es muy limitada dado que en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid acude una logopeda dos días por semana aproximadamente. Por último, en el Hospital Clínico San Carlos y Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz no se han encontrado datos ni en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Es importante reflejar también los hallazgos obtenidos para fundamentar uno de los objetivos específicos perseguidos por este trabajo; el apoyo científico de las terapias logopédicas. El Gen FOXP2 es el primer gen ligado a una variante hereditaria del trastorno específico del lenguaje (TEL). Éste ha permitido caracterizar de forma más precisa la naturaleza de dicho trastorno, pero lo realmente relevante en este documento es que juega un papel fundamental en el éxito de la alimentación oral en el recién nacido. Según el estudio de Zimmerman et al., (2016), las neuronas que expresan FOXP2 se encuentran en capas profundas, ganglios basales, partes del tálamo y células de Purkinje del cerebelo. Estas áreas pertenecen a una red distribuida de circuitos involucrados en la coordinación motora, aprendizaje y adquisición de habilidades sensoriomotoras. En otros estudios se ha demostrado que un nivel de expresión de FOXP2 alto en la saliva de bebés prematuros hace que se tarde menos días en alcanzar una alimentación oral completa, además de servir de predictor del desarrollo posterior del habla. En definitiva, el gen FOXP2 proporciona datos para ser utilizado como medida objetiva y clínicamente relevante para identificar a los bebés que pueden desarrollar dificultades de alimentación.

Si se realiza esta identificación antes de que se produzca la alimentación oral, se podrían conseguir mejorías en los resultados referidos a la salud y disminuir la estancia en UCI del bebé prematuro.

Asimismo, en varias ocasiones se apunta en este documento a la reducción en la estancia en la UCI de estos bebés tras la intervención logopédica. Por ello, es interesante desatacar una serie de datos obtenidos del Servicio de Contabilidad de Gestión del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). En el año 2013, del cual se tienen datos, la estructura de costes invertidos en consultas de neonatología fue de 86.755 euros y, en hospitalizaciones en neonatología de 4.890.276 euros, haciendo un total ambas de 4.977.031 euros de gastos hospitalarios totales. De entre dichos gastos, si son desglosados, el coste de personal como el pediatra, adjunto/FEA (facultativo especialista en el área), enfermería, supervisor/a de la unidad y auxiliar de enfermería fue de 1.075.112 euros. Los costes de utilización de otros servicios como genética molecular, esterilización, laboratorio de microbiología, entre otros, fueron de 3.674.179 euros y, por último, se encuentran los costes estructurales que suponen unos 64.356 euros. Con ello cabría destacar que la inclusión de un profesional más no supondría en comparativa un aumento significativo del presupuesto. Teniendo en cuenta que en el HUCA actualmente trabajan seis logopedas, tres en turno de mañana y las tres restantes en turno de tarde, también implicaría la mejora de la precaria situación que vive la logopedia en el sistema de salud público español con una mejora significativa del estado de la profesión.

Discusión

Puesto que existe un número importante de recién nacidos prematuros, es vital que éstos sean atendidos por un equipo multidisciplinar, en el que como se ha demostrado en el presente trabajo, los y las profesionales de la logopedia deben estar presentes. Los neonatos prematuros son los nacidos antes de la semana 37 de gestación, lo que conlleva a que las condiciones madurativas de dicho bebé sean distintas a la de un bebé nacido a término, el cual nace alrededor de la semana 40-41 de embarazo (Vico, 2020). La labor logopédica comienza desde el inicio, dónde se evaluarán los reflejos primitivos que estos bebés presentan, además de una valoración funcional de la succión, deglución,

respiración y posibles alteraciones posturales. Todo ello mediante procedimientos logopédicos dedicados al neonato en la UCIN.

Principalmente se trabajará la alimentación mediante la succión no nutritiva (SNN). No implica alimentación, sino que ayuda al desarrollo de la succión nutritiva y adquisición de habilidades para una correcta alimentación (La Orden et al., 2012), seguida de la succión nutritiva (SN), esencial para obtener una segura y eficaz alimentación oral. Además, se pueden aplicar una serie de métodos como el NIDCAP, el programa de intervención PIOMI y el método canguro. Con su uso, dotarán de mayor fuerza la intervención logopédica y se fundamentará uno de los objetivos específicos, el cual hace referencia a apoyar la práctica logopédica de manera científica. Gracias a esta intervención logopédica temprana en aspectos como la coordinación de la respiración-succión-deglución y adecuación de los órganos que participan en la alimentación, los bebés obtendrán el alta hospitalaria más tempranamente.

Por otro lado, con el hallazgo del Gen FOXP2 en bebés, podremos estimar de forma clínicamente comprobada si dichos bebés pueden desarrollar alguna dificultad con la alimentación, previamente de llevarse a cabo la alimentación oral, lo que es de vital importancia para trabajar desde el inicio y aminorar esas dificultades o hacer que éstas no se desarrollen en el neonato.

Es importante destacar los datos obtenidos sobre el gasto hospitalario en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) tanto lo referido al personal como a los materiales utilizados en la unidad, siendo 4.890.276 euros los gastos hospitalarios totales en el año 2013, y 1.075.112 euros los costes de personal. Estos datos, se han utilizado para reflejar la importancia de la contratación de logopedas en el sistema sanitario. Aún así, es muy relevante destacar que dichas contrataciones persiguen un valor ético mucho mayor al valor económico que puede suponer. Lo principal al trabajar con personas es poder dotarlas de las mejores técnicas posibles, así como de una serie de profesionales que actúen para ayudar a obtener una salud óptima y una estancia mínima hospitalaria. Por ello, se enfatiza dicha contratación, ya que es poco llamativa en todo el país. Además, se resalta por último que los datos han sido facilitados por Gestión de Gastos del HUCA. Esto ha sido posible mediante la visita a dicho hospital y la actitud positiva de los mismos para abordar este tema con facilidad.

Un tema relevante para llevar a discusión es el trabajo directo junto a los familiares de los prematuros, es decir, los logopedas deberían trabajar no solo con el bebé, sino también con los familiares de forma directa, ya que ellos son los principales cuidadores. Los logopedas deben atender también las necesidades de las familias en ese momento tan delicado y especial para poder convertirlos en figuras clave en la intervención.

Como sugerencias en base a la importancia de logopedas en la UCIN, es deseable un mayor número de investigaciones al respecto, ya que es un tema relativamente nuevo y se encuentra en pleno auge como se observa en las búsquedas bibliográficas adjuntadas al inicio. Además, es necesario más apoyo científico y más experiencias profesionales para que a medida que pase el tiempo, las/los logopedas sean profesionales esenciales en las UCIN.

Conclusiones

La finalidad esencial de este documento ha sido reflejar la importancia que supone contar con logopedas en el servicio UCI de neonatología en los hospitales, además de reforzar la labor clínica que los logopedas pueden y deben realizar. También se considera de relevante importancia para el crecimiento de la profesión indagar y dar a conocer ámbitos en los que aún no están dichos especialistas presentes, ya que la logopedia debe obtener el lugar que le pertenece en la sanidad pública. Con ello no solo se favorecerá a logopedas, sino, y lo más importante, favorecerá la mejora y buen desarrollo de los neonatos prematuros, todo ello de manera multidisciplinar, colaborando entre profesionales.

Referencias

- Acevedo, D., Becerra, I., y Martínez, A. (2017). La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 48, 577-589. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.263721>
- Aldler, R. y Webb, W. (2010). Signos clínicos del habla pediátricos: el cerebro en desarrollo en R. J. Love (Ed.), *Neurología para el logopeda (5ª ed.)*. Elsevier-Masson.
- Allignani, G., Granovsky, G., e Iroz, M. (2010). El rol del fonoaudiólogo en un hospital materno infantil. *Revista del hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 29 (1), 28-30.
- Álvarez, C., Barcia, J., Pavez, N., y Zúñiga, 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 doctorado no publicada]. Universidad de Chile.
- Atehortúa, S. (2005). *La estimulación temprana del neonato hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. [Trabajo fin de grado no publicado]. Universidad de Antioquia.
- Benítez-Burraco, A. (2008). FOXP2 y la biología molecular del lenguaje: nuevas evidencias. I. Aspectos fenotípicos y modelos animales. *Neurología de la conducta*, 46 (5), 289-298. <http://doi.org/10.33588/rn.4605.2007052>
- Briones, Z. (2016). *Evaluación de la aplicación del Método Madre Canguro en la unidad familiar del recién nacido prematuro*. [Trabajo de fin de grado no publicado]. Universidad del País Vasco.

- Campos, Z. (2009). Problemas de la alimentación en lactantes. Primera parte: generalidades. *Revista Acta Pediátrica Constarricense*, 21(1), 18-24.
- Comité de Lactancia Materna de la AEP. (2004). *Lactancia Materna: guía para profesionales*. https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
- Costas, M., Santos, S., Godoy, C., y Martell, M. (2006). Patrones de succión en el recién nacido de término y pretérmino. *Chile Pediatría*, 77 (2), 198-212. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000200014>
- Delgado, M. (2005). El método canguro. *Boletín de las Sociedades Canarias de Pediatría*, 29 (1), 17-22.
- Díaz, D. (2018). *Propuesta de programa de intervención con terapia orofacial y miofuncional en neonatos pretérmino*. [Trabajo de fin de grado no publicado]. Universidad de La Laguna.
- Estévez, F., y Mazza, E. (2003). Musicoterapia y estimulación temprana: Algunas aproximaciones: jornadas nacionales de música terapia prevención y asistencia en salud. *Psicoanálisis con Niños*, 8.
- García-Alix, A., y Quero, J. (2012). *Reflejos primitivos o del desarrollo*. Díaz Santos.
- Guido-Campuzano, A., Ibarra-Reyes, M., del Pilar, M., Mateos-Ortiz, C., y Mendoza-Vásquez, N. (2012). Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretérminos. *Perinatología y reproducción humana*, 26 (3), 198-207.
- Haiden, N., Pimpel, B., Kreissl, A., Jilma, B., y Berger, A. (2015). Does visceral osteopathic treatment accelerate meconium passage in very low birth weight infants. A prospective randomized controlled trial. *PLoS One*, 10 (4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187784>

Hay, W. (2008). Strategies for feeding the preterm infant. *Neonatology*, 94 (4), 245-254. <https://doi.org/10.1159/000151643>

Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia. (2000). *Identificación y manejo de la disfagia en niños con afectación neurológica*. Best Practice.

Kids Health from Neumours. Cuando su bebé está en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). <https://kidshealth.org/es/parents/nicu-caring-esp.html>

La Orden, E., Salcedo, E., Cuadrado, I., Herráez, M., y Cabanillas, L. (2012). Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. *Nutrición hospitalaria* 27(4). <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5848>

Lobato, A. (2019). *Beneficios de la lactancia materna asociados a la estimulación de la succión en prematuros desde un punto de vista logopédico*. [Trabajo de fin de grado no publicado]. Universidad de Valladolid.

Marqués, A. [UOC-Universitat Oberta de Catalunya] (2 de junio de 2020). *Coordinación de la deglución y la respiración en las distintas etapas en bebés prematuros*. [Vídeo]. Youtube. <http://www.youtube.com/watch?v=kp23uYjg9EY>

Matarazzo, M. (2016). *Beneficios de la intervención logopedia en recién nacidos prematuros. Desarrollo hasta los 24 meses de edad corregida*. [Trabajo fin de grado no publicado]. Universidad de Cantabria.

Mizuno, K., y Ueda, A. (2005). Neonatal feeding performance as a predictor of neurodevelopmental outcome at 18 months. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47, 299-304.

Molano, M. L. (2014). *Efecto del Estímulo Táctil Kinestésico en la respuesta al estrés del recién nacido pretérmino en la Unidad de Cuidado Neonatal*. [Trabajo de fin de grado no publicado]. Universidad Nacional de Colombia.

Moutquin, J. M. (2003) Classification and heterogeneity of preterm birth. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110 (20), 30-33.

<http://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2003.00021.x>

Navas, C. (2003). Trastornos del Mecanismo Succión Deglución. *GASTROHNUP*, 5 (1), 73-75.

Nudel, R., y Newbury, D. F. (2013). FOXP2. Advanced Review. *Cognitive Science*, 4, 547–560. <https://doi.org/10.1002/wcs.1247>

Ordoñez, B. (12 y 13 de diciembre de 2020). *Alimentación en el recién nacido prematuro*. [Discurso principal]. Conferencia del Colegio de Logopedas de Murcia.

Peyres, C., María, B., Goulart, A. L., Furkim, A. M., y Caldeira, Z. (2013). Assessment of swallowing in preterm newborns fed by bottle and cup. *Communication Disorders, Audiology and Swallowing*, 26 (1), 81-86.

Premature Infant Oral Motor Intervention: PIOMI. <https://www.piomi.com/about>

Sánchez, R. (2017). *La alimentación como mediación comunicativa. Estudio del discurso nutricional desde la antropología de la comunicación*. [Tesis no publicada]. Universitat autònoma de Barcelona.

Tamez, R., y Silvia, M. (2010). *Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal: asistencia del recién nacido de riesgo* (3ª ed.). Editorial médica panamericana.

Redstone, F., y West, J. F. (2004) The importance of postural control for feeding. *Pediatric Nursing*, 30, 97– 100.

SECIP (Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos). (s.f)
<https://secip.com/cip-en-espana/>

Sociedad Española de Neonatología: SeNeo <https://www.seneo.es>

Vico, M.R. [UOC-Universitat Oberta de Catalunya]. (9 de junio de 2020). *Intervención logopédica desde la neonatología*. [Vídeo]. Youtube.
https://www.youtube.com/watch?v=RU71XG_wkWI&t=262s

Villamizar, B., Vargas, C., y Díaz, L. (2010). El progreso de la alimentación oral del recién nacido prematuro. *Universidad Industrial de Santander*, 42 (3), 262-270.

Zimmerman, E., Maki, M., y Maron, J. (2007). Salivary FOXP2 expression and oral feeding success in premature infants. *Cold Spring Harbor Molecular Case Studies*, 2. doi: 10.1101/mcs.a000554