INTERVENCIONES FONOAUDIOLÓGICAS EN ALTERACIONES DE LA SUCCIÓN EN PREMATUROS CON INTUBACIÓN PROLONGADA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

SPEECH-LANGUAGE INTERVENTIONS IN SUCKING DISORDERS OF PRETERM INFANTS WITH PROLONGED INTUBATION IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS: A SCOPING REVIEW

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA DE LENGUAJE

AUTORES

BRISSA BELEN ACOSTA CORTEZ

RUBI ELSA ALCANTARA CHAGUA

ASESOR

CRISTIAN FERNANDO MEJIA SOLIS

CO-ASESOR

ARQUIMEDES MANSUETO GAVINO GUTIERREZ

LIMA – PERÚ

2026

JURADO

PRESIDENTE: MG. NELLY MILAGROS ROJAS LLERENA

VOCAL: DRA. LUPE YSABEL VIDAL VALENZUELA

SECRETARIA: MG. MARIANELA ANTONIA PAZ SALAS

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 17 DE SETIEMBRE DEL 2026

CALIFICACIÓN: APROBADO

ASESORES DE TESIS

ASESOR

MG. CRISTIAN FERNANDO MEJIA SOLIS

JEFE DE CARRERA EN TECNOLOGÍA MÉDICA DE LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA DE AUDICIÓN, VOZ Y LENGUAJE

ORCID: 0009-0004-4339-6938

CO-ASESOR

DR. ARQUIMEDES MANSUETO GAVINO GUTIERREZ

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

ORCID: 0000-0002-3325-1004

DEDICATORIA

RUBI:

A Dios, por acompañarme en cada paso y darme fortaleza para seguir adelante.

A mis padres, por su amor incondicional, sus esfuerzos y por brindarme la oportunidad de alcanzar mis sueños. A mis hermanos, por acompañarme y animarme durante este camino.

A mi esposo, por su amor, su paciencia y por estar a mi lado en los momentos más difíciles, celebrando conmigo cada pequeño logro.

A mis gatos, por su compañía silenciosa y por llenar de cariño mis días y mis largas horas de estudio.

A mis abuelitos y a mis seres queridos que hoy están en el cielo, a quienes llevo siempre en mi corazón. Su amor y sus enseñanzas siguen acompañándome; a ellos también les dedico este logro.

BRISSA:

A Dios, por guiar mis pasos y darme la fortaleza necesaria para alcanzar esta meta.

A mi familia, por su cariño y apoyo a lo largo de mi formación. En especial, a mi mamá, por su amor incondicional, por cada esfuerzo realizado y por creer en mí. Este logro también es suyo.

A mis amistades, por escucharme, alentarme y compartir conmigo las alegrías y las dificultades de este camino.

A mi compañera de tesis, Rubi, por su compromiso, su paciencia y por compartir conmigo el esfuerzo y la ilusión de llegar hasta aquí.

A mis diez gatitos, por llenar mis días de ternura y acompañarme durante tantas horas de estudio. Su compañía ha sido una fuente de alegría en este proceso.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarnos fortaleza y perseverancia para culminar esta etapa de nuestra formación profesional.

A nuestras familias, por su amor, comprensión y apoyo constante durante este proceso. Gracias por acompañarnos en los momentos de dificultad y compartir la alegría de nuestros logros.

A nuestro asesor de tesis, por su orientación, tiempo y compromiso durante el desarrollo de esta investigación. Sus observaciones y recomendaciones nos permitieron mejorar nuestro trabajo y fortalecer nuestro aprendizaje.

A los miembros del jurado, por la revisión de nuestra investigación y por sus valiosos aportes, que contribuyeron a mejorar su calidad.

A la Universidad Peruana Cayetano Heredia y a nuestros docentes de Fonoaudiología, por la formación recibida y por transmitirnos el compromiso con una práctica profesional humana y sustentada en la evidencia científica.

A nuestras amistades y a todas las personas que nos brindaron ánimo y comprensión a lo largo de este camino.

Finalmente, nos agradecemos mutuamente por el compromiso, la paciencia y el esfuerzo compartido. Culminar esta investigación ha sido también una oportunidad para aprender juntas y acompañarnos hasta alcanzar esta meta.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Este proyecto fue autofinanciado

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

El egresado:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	ALCANTARA CHAGUA RUBI ELSA
2.	ACOSTA CORTEZ BRISSA BELEN

Pertenecientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA DE LENGUAJE,** autores del trabajo titulado: **INTERVENCIONES FONOAUDIOLÓGICAS EN ALTERACIONES DE LA SUCCIÓN EN PREMATUROS CON INTUBACIÓN PROLONGADA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: UNA REVISIÓN DE ALCANCE** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA DE LENGUAJE** bajo la modalidad de **TESIS.**

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	MEJIA SOLIS CRISTIAN FERNANDO	MEDICINA	ASESOR
2.	GAVINO GUTIERREZ ARQUIMEDES MANSUETO	MEDICINA	CO-ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **11%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3707537654**; fecha de entrega: **10-11-2026).**
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 10 de noviembre del 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 48015462
ORCID: 0009-0004-4339-6938

Firma del Co-asesor
N° DNI: 40048216
ORCID: 0000-0002-3325-1004

TABLA DE CONTENIDO

	Resumen	Pag
	Abstract	
I.	Introducción	1
II.	Objetivos	6
III.	Materiales y Métodos	7
IV.	Resultados	20
V.	Discusión	34
VI.	Conclusiones	47
VII.	Referencias bibliográficas	49
VIII.	Tablas, gráficos y figuras	54
	Anexos	

RESUMEN

Antecedentes: Las alteraciones de la succión y la alimentación en neonatos prematuros con antecedente de intubación prolongada representan un área relevante para la fonoaudiología neonatal, debido a las dificultades que pueden presentarse en la función oral, la deglución y el establecimiento de una alimentación oral segura. La evidencia específicamente centrada en prematuros con exposición prolongada a ventilación mecánica invasiva es limitada y presenta variabilidad en las formas de evaluación e intervención. **Objetivo:** Mapear la evidencia sobre intervenciones fonoaudiológicas en alteraciones de la succión en neonatos prematuros con intubación prolongada en unidades de cuidados intensivos neonatales. **Métodos:** Se realizó una revisión de alcance según la metodología del Joanna Briggs Institute y la guía PRISMA-ScR. La búsqueda se efectuó en PubMed, Scopus, LILACS, Embase, VHL Región Portal y Cochrane Library, complementada con literatura gris, rastreo retrospectivo y prospectivo de citaciones y herramientas de descubrimiento bibliográfico. Se incluyeron estudios primarios que abordaron prematuros con antecedente de ventilación mecánica invasiva mediante intubación endotraqueal prolongada, operacionalizada como una duración igual o superior a 7 días, y que documentaron alteraciones de la succión o función alimentaria e intervenciones relacionadas con su abordaje. **Resultados:** Se incluyeron tres estudios publicados entre 2023 y 2024: un estudio cuasi-experimental y dos estudios de caso. Se identificaron dificultades relacionadas con la succión, los reflejos orales, la deglución, la transferencia de leche, la tolerancia fisiológica y la resistencia durante la alimentación. Las intervenciones descritas incluyeron estimulación oral o sensorimotora, succión no nutritiva y estrategias individualizadas de progresión de la alimentación, implementadas mediante intervención fonoaudiológica o dentro de un abordaje interdisciplinario. Los estudios reportaron cambios favorables durante el proceso de intervención; sin embargo, existió heterogeneidad en los procedimientos de evaluación, las estrategias terapéuticas y los desenlaces reportados, sin identificarse un instrumento estandarizado común. **Conclusiones:** La evidencia disponible sobre intervenciones dirigidas a las alteraciones de la succión y alimentación en prematuros con antecedente de intubación prolongada es escasa y heterogénea. Los estudios identificados permiten caracterizar diferentes estrategias de intervención y resultados clínicos, pero no establecer la superioridad o eficacia comparativa de una intervención específica. Se requieren investigaciones que documenten con precisión la exposición a ventilación mecánica invasiva y empleen procedimientos de evaluación e intervención claramente definidos y reproducibles.

Palabras clave: Neonatos prematuros; intubación prolongada; alteraciones de la succión; intervenciones fonoaudiológicas; UCIN.

ABSTRACT

Background: Sucking and feeding difficulties in preterm infants with a history of prolonged intubation represent a relevant area in neonatal speech-language pathology because of the difficulties that may arise in oral function, swallowing, and the establishment of safe oral feeding. Evidence specifically focused on preterm infants with prolonged exposure to invasive mechanical ventilation is limited and varies in assessment and intervention approaches. **Objective:** To map the evidence on speech-language pathology interventions for sucking difficulties in preterm infants with prolonged intubation in neonatal intensive care units. **Methods:** A scoping review was conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology and the PRISMA-ScR guidelines. The search was performed in PubMed, Scopus, LILACS, Embase, VHL Región Portal, and the Cochrane Library and was supplemented with grey literature, backward and forward citation tracking, and bibliographic discovery tools. Primary studies involving preterm infants with a history of prolonged invasive mechanical ventilation through endotracheal intubation, operationalized as a duration of 7 days or longer, and documenting sucking or feeding function difficulties and interventions addressing these difficulties were included. **Results:** Three studies published between 2023 and 2024 were included: one quasi-experimental study and two case studies. Difficulties related to sucking, oral reflexes, swallowing, milk transfer, physiological tolerance, and endurance during feeding were identified. The interventions described included oral or sensorimotor stimulation, non-nutritive sucking, and individualized oral feeding progression strategies, implemented through speech-language pathology intervention or as part of an interdisciplinary approach. The studies reported favorable changes during the intervention process; however, there was heterogeneity in assessment procedures, therapeutic strategies, and reported outcomes, and no common standardized assessment instrument was identified. **Conclusions:** The available evidence on interventions addressing sucking and feeding difficulties in preterm infants with a history of prolonged intubation is scarce and heterogeneous. The identified studies allow for the characterization of different intervention strategies and clinical outcomes but do not allow conclusions regarding the superiority or comparative effectiveness of any specific intervention. Further research is needed to accurately document exposure to invasive mechanical ventilation and to use clearly defined and reproducible assessment and intervention procedures.

Keywords: Preterm infants; prolonged intubation; sucking disorders; speech-language pathology interventions; neonatal intensive care unit

I. INTRODUCCIÓN

La prematuridad, se define como el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación, que constituye un desafío global de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2020 se registraron aproximadamente 13,4 millones de nacimientos prematuros a nivel mundial, equivalentes a más de uno de cada diez nacimientos (1). Esta condición se asocia a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal, especialmente cuando coexiste con otras condiciones perinatales adversas.

En América Latina y el Caribe, la prevalencia de bajo peso al nacer alcanza aproximadamente el 9,6 %, condición que puede estar asociada tanto a la prematuridad como a la restricción del crecimiento intrauterino, representando una carga significativa para los sistemas de salud en términos de complicaciones neonatales.(2). A nivel nacional, la prematuridad continúa siendo un problema relevante; en el Perú, la proporción de nacidos prematuros ha sido reportada entre 6,6 % y 7,6 % en años recientes, alcanzando en 2024 un valor nacional de 7,7 % (3).

Desde una perspectiva funcional, la prematuridad afecta diversas funciones estomatognáticas, entre ellas, la coordinación succión - deglución – respiración (S-D-R), considerada un hito fundamental para el inicio de la alimentación oral. La transición del recién nacido desde la nutrición enteral hacia la vía oral plena requiere una coordinación precisa entre estos procesos, la cual suele encontrarse comprometida en los neonatos prematuros debido a su inmadurez neurológica y

respiratoria (4,5). Estas alteraciones pueden retrasar el inicio de la alimentación oral y condicionar la progresión hacia una ingesta segura y eficiente.

Esta condición se ve agravada en aquellos prematuros que requieren intubación prolongada, ya que, además de la alteración funcional, se producen limitaciones sensoriales y mecánicas que pueden retrasar significativamente el inicio y la progresión de la alimentación oral segura y eficiente (6). La evidencia científica disponible ha reportado que los neonatos prematuros con antecedentes de intubación prolongada, superior a siete días, presentan un mayor riesgo de disfunción deglutoria y de alteraciones en la coordinación S-D-R, en comparación con los prematuros que no requieren intubación (7).

La intubación endotraqueal es un procedimiento invasivo que consiste en la inserción de un tubo endotraqueal a través de la boca o la nariz hasta la tráquea con el propósito de mantener la permeabilidad de la vía aérea y permitir la administración de soporte ventilatorio cuando la respiración espontánea es insuficiente (8). A través de este tubo se administra la ventilación mecánica invasiva, definida como una modalidad de soporte respiratorio en la que un ventilador mecánico proporciona asistencia parcial o total a la respiración de pacientes incapaces de mantener una ventilación espontánea adecuada (9). En los recién nacidos prematuros, esta intervención se emplea principalmente en casos de insuficiencia respiratoria y otras condiciones críticas que requieren soporte ventilatorio especializado. Para la presente revisión, la intubación prolongada se definió operacionalmente como una duración igual o superior a siete días de ventilación mecánica invasiva administrada mediante un tubo endotraqueal.

Si bien los neonatos prematuros sin intubación pueden presentar dificultades alimentarias relacionadas con la inmadurez neurológica y respiratoria propia de la edad gestacional, estas suelen ser transitorias y de menor impacto clínico. En contraste, los prematuros sometidos a intubación prolongada requieren con mayor frecuencia un abordaje temprano, estructurado y continuo para favorecer una alimentación oral segura, en concordancia con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud recomienda, siempre que la condición clínica lo permita, intervenciones inmediatas como el cuidado piel con piel (kangaroo mother care) desde el nacimiento (10).

Asimismo, la lactancia materna y el contacto piel a piel mediante el método canguro han demostrado beneficios clínicos relevantes en neonatos prematuros, tales como la mejora de la estabilidad cardiorrespiratoria, la optimización de la oxigenación, el aumento de peso y una mayor tasa de éxito en la lactancia, contribuyendo además a la reducción del tiempo de hospitalización. Por estos beneficios, la Organización Mundial de la Salud recomienda su implementación desde el nacimiento, siempre que la condición clínica lo permita (11). Sin embargo, en los neonatos que requieren intubación prolongada, estas prácticas suelen verse restringidas debido a la inestabilidad clínica y al soporte ventilatorio invasivo, lo que limita la estimulación sensorial y la experiencia oral temprana en una etapa crítica del desarrollo neuromotor.

Adicionalmente, la estancia prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), asociada a dificultades en la alimentación oral, no solo incrementa los riesgos clínicos, sino que también genera un impacto económico

considerable. En un hospital nacional peruano, según un estudio publicado en una revista científica, la hospitalización representó el 46,6 % de los costos directos de la atención intensiva neonatal, seguida por los exámenes auxiliares, que abarcaron el 40,25 % (12). Así mismo, se ha documentado que los trastornos en la coordinación oral y respiratoria retrasan significativamente la transición a la vía oral, prolongando la estancia hospitalaria (13).

A pesar de la magnitud de este problema, aunque el Perú se dispone de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal (NTS N.° 214-MINSA/DGIESP-2024), esta no establece criterios clínicos y funcionales específicos para la evaluación de la succión, la preparación para el inicio de la vía oral ni el egreso alimentario de neonatos prematuros con antecedente de intubación prolongada. En consecuencia, las decisiones relacionadas con la transición hacia la alimentación oral suelen basarse en protocolos institucionales o en el juicio clínico de los profesionales de salud, lo que puede generar variabilidad en las prácticas asistenciales entre las diferentes unidades de cuidados intensivos neonatales. Esta heterogeneidad dificulta la implementación uniforme de intervenciones fonoaudiológicas basadas en la evidencia y puede influir en la oportunidad y seguridad del proceso alimentario (14).

En este contexto, resulta prioritario identificar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre las alteraciones de la succión y las intervenciones fonoaudiológicas implementadas en neonatos prematuros con intubación prolongada, con el propósito de aportar un marco de referencia que oriente la

práctica clínica y sustente el desarrollo de protocolos adaptados a la realidad nacional.

Esta revisión de alcance, guiada por la metodología del Joanna Briggs Institute (JBI) y reportada conforme a la guía PRISMA-ScR, tiene como propósito mapear la evidencia disponible sobre las alteraciones de la succión en neonatos prematuros con intubación prolongada. En particular, busca describir las características clínicas de estas alteraciones, las estrategias de intervención fonoaudiológica implementadas y los resultados clínicos reportados, con el fin de contribuir al desarrollo de protocolos basados en la mejor evidencia disponible y contextualizados a la realidad nacional.

En este marco surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la evidencia disponible sobre las intervenciones fonoaudiológicas dirigidas a las alteraciones de la succión, en neonatos prematuros con intubación prolongada atendidos en unidades de cuidados intensivos neonatales?

II.OBJETIVOS

2. 1 Objetivos

2.1. Objetivos general

Mapear la evidencia disponible sobre las intervenciones fonoaudiológicas dirigidas a las alteraciones de la succión en neonatos prematuros con intubación prolongada en unidades de cuidados intensivos neonatales.

2.2. Objetivos secundarios

1. Describir las manifestaciones clínicas reportadas y las alteraciones en la succión reportadas en neonatos prematuros con intubación prolongada, incluyendo parámetros como la coordinación de S-D-R, la fuerza, el ritmo, la resistencia suctoria y la tolerancia de la alimentación oral.
2. Describir las intervenciones fonoaudiológicas reportadas en la evidencia dirigidas a mejorar la función de succión en neonatos prematuros con intubación prolongada, incluyendo técnicas como succión no nutritiva, estimulación oromotora, soporte oral y enfoques basados en señales del neonato.
3. Describir los resultados clínicos reportados en la literatura sobre las intervenciones fonoaudiológicas en neonatos prematuros con intubación prolongada, incluyendo el tiempo hasta la alimentación oral plena, la reducción del uso de sonda, la ganancia ponderal y la duración de la estancia hospitalaria.
4. Identificar instrumentos o escalas utilizadas para evaluar la función de succión en neonatos prematuros con intubación prolongada, incluyendo escalas de preparación para la alimentación oral y herramientas de valoración clínica de la coordinación S-D-R.

III.MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Diseño del estudio

El presente estudio cuenta con un diseño de revisión de alcance. En concordancia con este enfoque, la formulación de la pregunta de investigación se estructuró según el modelo PCC, que considera tres elementos: Población, Concepto y Contexto. La población estuvo constituida por neonatos prematuros con antecedentes de intubación prolongada, definida operacionalmente para la presente revisión como una duración igual o superior a 7 días de ventilación mecánica invasiva administrada mediante intubación endotraqueal; el concepto se centró en las intervenciones fonoaudiológicas dirigidas a las alteraciones de la succión; y el contexto correspondió a las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) o al seguimiento clínico vinculado a la hospitalización neonatal. Este diseño permitió mapear de manera amplia y sistemática la evidencia científica disponible sobre el tema de estudio.

3.2. Criterios de inclusión

Se incluyeron estudios que evaluaron neonatos prematuros (<37 semanas de edad gestacional) con antecedente de intubación prolongada, definida operacionalmente como una duración igual o superior a 7 días de ventilación mecánica invasiva mediante intubación endotraqueal. Asimismo, se consideraron estudios en los que este antecedente pudiera establecerse de manera inequívoca a partir de la cronología clínica reportada por los autores, siempre que permitiera verificar el cumplimiento del criterio temporal establecido.

Se incluyeron estudios que describieron alteraciones de la succión nutritiva y/o no nutritiva, así como intervenciones fonoaudiológicas orientadas a su evaluación, estimulación o rehabilitación. Se consideraron parámetros clínicos y funcionales del proceso de alimentación oral, incluyendo la coordinación S-D-R, la eficacia o desempeño de succión, la tolerancia a la alimentación y el tiempo hasta alcanzar la alimentación oral plena. Asimismo, se incluyeron estudios con seguimiento clínico posterior cuando las dificultades de succión o alimentación oral persistían más allá de la fase aguda.

Además, se incluyeron estudios desarrollados en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) o en contextos de seguimiento clínico vinculados a la hospitalización neonatal.

Se incluyeron estudios primarios cuantitativos y cualitativos, observacionales y experimentales, así como reportes y series de casos que cumplieran con los criterios establecidos mediante el marco PCC. Se consideraron publicaciones en inglés, español y portugués.

Adicionalmente, se consideraron estudios secundarios, tales como revisiones sistemáticas y metaanálisis, exclusivamente con fines de contextualización teórica y para la identificación manual de estudios potencialmente relevantes mediante la revisión de las referencias bibliográficas de los artículos incluidos. Estos estudios no fueron incorporados en la síntesis de resultados ni formaron parte de la evidencia analizada en la presente revisión de alcance.

Se incluyeron estudios publicados entre el 1 de enero de 2005 y el 28 de noviembre de 2025.

3.3. Criterios de exclusión

En primer lugar, en relación con la población, se excluyeron los estudios en los que no fue posible identificar de manera clara la exposición a intubación prolongada, por ausencia de información sobre la duración del soporte ventilatorio.

En segundo lugar, respecto al concepto, se excluyeron las publicaciones que no reportaron alteraciones de la succión ni evaluaron intervenciones fonoaudiológicas vinculadas al proceso de alimentación oral. Del mismo modo, se descartaron los estudios centrados exclusivamente en intervenciones farmacológicas o quirúrgicas sin componente terapéutico fonoaudiológico, por no corresponder al objetivo de esta revisión.

En cuanto al contexto, se excluyeron aquellos estudios que no guardan relación con la hospitalización neonatal ni con su seguimiento clínico asociado.

Asimismo, se excluyeron resúmenes de congresos, editoriales, cartas al editor y otros documentos que no correspondiera a investigaciones primarias o reportes clínicos elegibles según los criterios establecidos.

Finalmente, se excluyeron aquellas publicaciones cuyo reporte metodológico o de resultados fue insuficiente para una adecuada extracción de datos.

3.4. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

3.4.1. Fuentes de información

Para identificar los estudios pertinentes, se realizó una búsqueda sistemática y exhaustiva en múltiples fuentes de información, abarcando desde el 1 de enero de 2005 hasta el 28 de noviembre de 2025. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, SCOPUS, EMBASE (vía Ovid), Cochrane Library, LILACS y el Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (VHL), seleccionadas por su amplia cobertura de literatura biomédica y neonatal. Adicionalmente, se incluyeron motores de búsqueda y plataformas de acceso abierto como Google Scholar, así como recursos de literatura gris relevantes, entre ellos el repositorio ALICIA - CONCYTEC, repositorios universitarios de tesis y documentos técnicos institucionales disponibles en línea.

De manera complementaria, se realizó una búsqueda manual mediante la revisión de las listas de referencias de los estudios potencialmente elegibles y de publicaciones relevantes, así como el rastreo retrospectivo y prospectivo de citaciones. Adicionalmente, se utilizaron herramientas de descubrimiento bibliográfico y análisis de literatura relacionada, incluyendo ResearchRabbit, Consensus y Nested Knowledge, con el propósito de identificar estudios potencialmente elegibles que no hubieran sido recuperados mediante la estrategia de búsqueda inicial. Los registros identificados mediante estas estrategias complementarias fueron evaluados aplicando los mismos criterios de inclusión y exclusión establecidos mediante el marco PCC, sin realizar modificaciones en la población, el concepto o el contexto de la revisión.

3.4.2. Estrategias de búsqueda

La estrategia de búsqueda se desarrolló en un proceso en tres etapas.

En una primera etapa, se realizó una búsqueda inicial limitada en PubMed y Scopus con el objetivo de identificar estudios preliminares relevantes. A partir de estos registros, se analizaron los términos contenidos en los títulos, resúmenes y palabras claves, así como los encabezamientos de materia utilizados (MeSH y Emtree), con el fin de refinar y ampliar la estrategia de búsqueda.

En una segunda etapa, se implementó una búsqueda completa y estructurada en todas las bases de datos seleccionadas (PubMed, SCOPUS, EMBASE vía Ovid, Cochrane Library, LILACS y VHL), empleando vocabularios controlados (MeSH, Emtree y DeCS) combinados con términos libres relacionados con los elementos del marco PCC (Población, Concepto y Contexto). Se utilizaron operadores booleanos (“AND”, “OR”, “NOT”), y combinaciones específicas adaptadas a cada base de datos para maximizar la sensibilidad y especificidad de la búsqueda.

En una tercera etapa, se realizó una búsqueda complementaria orientada a identificar estudios potencialmente elegibles no recuperados mediante las estrategias anteriores. Para ello, se efectuó el rastreo retrospectivo de las referencias bibliográficas y el rastreo prospectivo de las citas de los estudios potencialmente elegibles. Asimismo, se utilizaron herramientas de descubrimiento bibliográfico y análisis de literatura relacionada, incluyendo ResearchRabbit, Consensus y Nested Knowledge. Los registros identificados mediante esta etapa fueron sometidos al

mismo proceso de selección y a los mismos criterios de elegibilidad establecidos previamente mediante el marco PCC.

La búsqueda integró operadores booleanos (“AND”, “OR”, “NOT”) para maximizar la sensibilidad y especificidad, utilizando palabras clave como: *“Preterm infant”*, *“Premature neonate”*, *“Sucking disorders”*, *“Non-nutritive sucking”*, *“Oral motor intervention”*, *“Feeding difficulties”*, *“Prolonged intubation”* y *“Neonatal Intensive Care Unit”*.

No se aplicaron filtros por tipo de diseño metodológico durante la búsqueda, con el fin de preservar la sensibilidad y amplitud propias de una revisión de alcance. La selección según diseño de estudio se realizó posteriormente durante la fase de cribado conforme con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. En cuanto al idioma, se incluyeron estudios publicados en inglés, español y portugués, considerando la pertinencia científica y la disponibilidad de competencias lingüísticas dentro del equipo de investigación para realizar una evaluación rigurosa de los textos completos. La delimitación por idioma fue establecida previamente en el protocolo con el fin de garantizar la adecuada interpretación metodológica y clínica de los estudios incluidos. Asimismo, se delimitó el periodo de publicación conforme a los criterios establecidos en el protocolo, permitiendo asegurar la coherencia con el desarrollo histórico de las intervenciones fonoaudiológicas en neonatos prematuros y la evolución de la práctica neonatal basada en evidencia (véase Anexo 1).

3.5. Fecha de inicio y finalización de la búsqueda

El proyecto (N°219845) fue registrado en el Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento a la Investigación (SIDISI) de la Dirección Universitaria de Investigación, Ciencia y Tecnología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y el protocolo obtuvo aprobación institucional el 13 de octubre de 2025. Posteriormente, el estudio fue evaluado y autorizado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI-UPCH) el 27 de octubre de 2025. Una vez obtenidas las aprobaciones correspondientes, la búsqueda bibliográfica inicial se inició el 28 de octubre de 2025 y culminó a finales de noviembre del mismo año. Posteriormente, durante el proceso de reevaluación de la elegibilidad de los estudios, se realizó una búsqueda complementaria mediante rastreo retrospectivo y prospectivo de citaciones y el uso de herramientas adicionales de descubrimiento bibliográfico, manteniendo los mismos criterios de elegibilidad establecidos mediante el marco PCC. Esta búsqueda complementaria culminó en agosto de 2026. Al tratarse de una revisión de alcance basada exclusivamente en literatura previamente publicada, el proceso no implicó riesgos para personas ni manejo de datos sensibles, y se desarrolló conforme a los principios éticos de integridad científica, confidencialidad y respeto por la producción académica previa.

3.6. Selección de publicaciones

La selección de publicaciones se realizó en tres fases consecutivas, siguiendo las directrices metodológicas del Joanna Briggs Institute (JBI) y el flujograma PRISMA-ScR.

En la fase de identificación, se recuperaron 339 registros a través de bases de datos (PubMed, Scopus, LILACS, Embase, VHL Región Portal y Cochrane Library). De manera complementaria, se realizó una búsqueda en la literatura gris y fuentes no indexadas. En Google Scholar se emplearon combinaciones de términos derivados del marco PCC, utilizando los mismos conceptos estructurados en la estrategia, y se revisaron los primeros 200 resultados ordenados por relevancia, conforme a las recomendaciones metodológicas para este motor de búsqueda. Asimismo, se efectuó una búsqueda en el repositorio ALICIA-CONCYTEC mediante términos equivalentes en español. Estas estrategias permitieron identificar 55 registros adicionales (Google Scholar, n = 19; ALICIA-CONCYTEC, n = 36), alcanzando un total de 394 registros.

Posteriormente, se integraron todas las referencias y se realizó la eliminación manual de duplicados mediante verificación en una matriz elaborada en Microsoft Excel, se identificaron 76 registros duplicados provenientes de bases de datos. Tras este proceso, se obtuvieron 263 registros únicos para el cribado inicial. Los 55 registros identificados por otras fuentes no presentaron duplicación y fueron incorporados al flujo de evaluación.

En la fase de cribado por título y resumen, se evaluaron los 263 registros procedentes de bases de datos, excluyéndose 251 por no cumplir con los criterios

establecidos en el marco PCC. Los 55 registros identificados por otras fuentes avanzaron a la fase de evaluación en texto completo, conforme al proceso descrito en el diagrama PRISMA - ScR.

En la fase de elegibilidad, se revisaron en texto completo 12 publicaciones derivadas de bases de datos y 55 procedentes de otras fuentes, sumando un total de 67 documentos. Durante esta etapa, se excluyeron 5 estudios provenientes de bases de datos (cuatro por no cumplir con la población y otro por no ajustarse al concepto). En cuanto a las otras fuentes, se excluyeron 54 publicaciones (4 por no cumplir con el concepto y 50 por no estar relacionadas con el tema de investigación).

Luego, 7 estudios provenientes de bases de datos y 1 estudio identificado a través de otras fuentes cumplieron parcialmente con los criterios definidos en el protocolo

Posteriormente, se realizó una reevaluación de la elegibilidad de los ocho estudios inicialmente incluidos, aplicando de manera estricta los criterios establecidos mediante el marco PCC. Como resultado de esta reevaluación, cinco estudios fueron excluidos debido a que no permitían establecer el antecedente de intubación prolongada, definida operacionalmente como una duración igual o superior a 7 días de ventilación mecánica invasiva mediante intubación endotraqueal. En consecuencia, tres estudios permanecieron elegibles para la revisión.

Con el propósito de agotar la identificación de evidencia potencialmente elegible, se realizó una búsqueda complementaria mediante rastreo retrospectivo y prospectivo de citaciones y herramientas adicionales de descubrimiento bibliográfico. Mediante este proceso se revisaron 20 artículos adicionales

potencialmente relevantes. Tras aplicar los mismos criterios de elegibilidad establecidos mediante el marco PCC, ninguno de estos artículos cumplió integralmente los criterios de inclusión, principalmente por no permitir establecer el antecedente de intubación prolongada requerido para la población de interés.

Finalmente, tres estudios cumplieron integralmente los criterios de elegibilidad y fueron incluidos en la síntesis de la presente revisión de alcance.

La selección fue realizada de manera independiente por dos revisoras, resolviendo las discrepancias mediante consenso. El flujo completo del proceso se presenta en el diagrama PRISMA - ScR (véase Anexo 2).

3.7. Proceso de extracción de datos

La extracción de datos se realizó mediante un formulario estructurado elaborado específicamente para la presente revisión de alcance, conforme a las directrices metodológicas del Joanna Briggs Institute (JBI).

La extracción fue llevada a cabo de manera independiente y completa por dos revisoras, quienes extrajeron la totalidad de las variables definidas para cada uno de los estudios incluidos. Los datos fueron registrados en una matriz diseñada en Microsoft Excel, lo que permitió la organización sistemática y comparativa de la información. Posteriormente, se realizó una verificación cruzada entre ambas matrices. Las discrepancias identificadas fueron discutidas hasta alcanzar consenso entre las revisoras.

Se extrajeron datos cuantitativos y cualitativos organizados en los siguientes dominios:

1. Características de las intervenciones fonoaudiológicas:

   Se registraron el tipo de intervención, número total de sesiones, frecuencia de aplicación (número de sesiones por día o por semana), la duración de cada sesión en minutos, momento de aplicación (antes de la alimentación, post-extubación o durante la transición a vía oral), profesional responsable de la intervención (fonoaudiólogo, enfermería y otro profesional). Asimismo, se documentó si las intervenciones fueron únicas o combinadas (por ejemplo, succión no nutritiva asociada a estimulación oromotora o protocolos estructurados de alimentación) cuando estas características fueran reportadas por los estudios.

2. Resultados del proceso alimentario:

   Incluyeron variables relacionadas con el desempeño de la succión y la organización alimentaria, tales como la coordinación S-D-R, eficacia de la transferencia oral, el volumen ingerido por toma, reducción de pausas respiratorias o episodios de desaturación, la tolerancia durante la alimentación y el tiempo hasta alcanzar la alimentación oral completa.

3. Resultados clínicos generales:

   Se registraron indicadores como duración del periodo de transición de sonda a vía oral, necesidad de sonda al alta, ganancia ponderal y duración de la hospitalización.

Finalmente, se registraron las características metodológicas de cada estudio, incluyendo el diseño, las características de la población evaluada, el contexto

clínico, el antecedente de ventilación mecánica invasiva mediante intubación endotraqueal, las características de las intervenciones fonoaudiológicas y los instrumentos o criterios utilizados para evaluar la succión y la alimentación oral, cuando esta información estuvo disponible.

Asimismo, cuando correspondía, se consignó si el estudio evaluaba la implementación de un protocolo institucional de alimentación como parte de la intervención, especificando su estructura y componentes. También se registraron los métodos utilizados para la evaluación del proceso alimentario, diferenciando entre el uso de instrumentos estructurados o escalas formales y valoraciones clínicas basadas en parámetros observacionales. En ambos casos, se documentaron los criterios utilizados para evaluar el desempeño de la succión y la coordinación S-D-R.

Para estandarizar el proceso de extracción de la información, se empleó una tabla de variables operacionales, en la cual se definieron y operacionalizan todas las variables incluidas (véase Anexo 3). Asimismo, la matriz de extracción de datos utilizada por el equipo de investigación se presenta íntegramente en el Anexo 4, permitiendo la revisión y replicación del proceso por otros investigadores. Este procedimiento sistemático facilitó la obtención de datos comparables y consistentes entre los estudios incluidos, garantizando un adecuado mapeo de la evidencia disponible y una base sólida para la posterior síntesis narrativa.

3.8. Métodos de síntesis

El proceso de síntesis fue desarrollado de manera independiente por dos revisoras. Una vez finalizada la extracción de datos, la información fue analizada y agrupada

en categorías temáticas, identificando patrones, similitudes y divergencias entre los estudios incluidos. Posteriormente, las categorías y los resultados sintetizados fueron contrastados, revisados por consenso con el fin de asegurar la consistencia en la interpretación y coherencia en la categorización de los hallazgos.

La evidencia sintetizada se organizó en tablas y descripciones narrativas. En la Tabla 1 corresponde a una ficha de identificación de los estudios incluidos y presenta de manera estructurada las siguientes variables: referencia, título del estudio, autor y año de publicación, país de procedencia, diseño metodológico y objetivo principal.

Las variables relacionadas con las características clínicas de la población neonatal, los tipos de intervenciones fonoaudiológicas, los métodos de evaluación del proceso alimentario y los desenlaces clínicos reportados fueron organizadas en tablas temáticas específicas. Estas tablas nos permiten una sistematización cualitativa de la información por estudio, facilitando la comparación descriptiva entre las intervenciones y resultados reportados.

La identificación de vacíos de conocimiento se realizó a partir del análisis descriptivo de la evidencia disponible, considerando el número y tipo de estudios identificados, las áreas temáticas escasamente investigadas, la heterogeneidad de las intervenciones y la variabilidad de los desenlaces clínicos reportados.

Dado que el propósito de una revisión de alcance es mapear la evidencia existente y no evaluar la calidad metodológica ni estimar efectos combinados, no se realizó metaanálisis ni evaluación formal del riesgo de sesgo. En su lugar, se desarrolló un mapeo descriptivo orientado a identificar áreas insuficientemente exploradas y

líneas prioritarias para la práctica clínica y la investigación futura en fonoaudiología neonatal.

IV.RESULTADOS

4.1 Selección de estudios

En la búsqueda inicial se identificaron 394 registros, de los cuales 339 procedieron de las bases de datos seleccionadas y 55 de otras fuentes, específicamente Google Scholar y el repositorio de literatura gris ALICIA–CONCYTEC. Tras la eliminación de 76 registros duplicados, 263 registros procedentes de bases de datos fueron sometidos al cribado por título y resumen, de los cuales 251 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de elegibilidad establecidos mediante el marco PCC.

Los 55 registros identificados mediante otras fuentes avanzaron a la evaluación de texto completo junto con los 12 estudios seleccionados desde las bases de datos. En consecuencia, se evaluaron 67 publicaciones a texto completo. Como resultado de este proceso inicial de selección, ocho estudios fueron considerados elegibles para la síntesis de la revisión.

Posteriormente, se realizó una reevaluación de los ocho estudios inicialmente incluidos, aplicando de manera estricta los criterios de elegibilidad establecidos mediante el marco PCC, particularmente el criterio correspondiente a la población: neonatos prematuros con antecedente de intubación prolongada, definida operacionalmente como una duración igual o superior a 7 días de ventilación

mecánica invasiva mediante intubación endotraqueal. Como resultado de esta reevaluación, cinco estudios fueron excluidos por no permitir establecer el cumplimiento de este criterio, permaneciendo tres estudios elegibles.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda complementaria mediante rastreo retrospectivo y prospectivo de citaciones y el uso de herramientas de descubrimiento bibliográfico. En esta etapa se revisaron 20 artículos adicionales potencialmente relevantes; sin embargo, ninguno cumplió integralmente los criterios de elegibilidad establecidos mediante el marco PCC, por lo que no se incorporaron nuevos estudios a la síntesis.

Finalmente, tres estudios cumplieron integralmente los criterios de elegibilidad y fueron incluidos en la síntesis de la presente revisión de alcance. El proceso de selección y las razones de exclusión se presentan en el diagrama PRISMA-ScR (véase Anexo 2).

4.2 Características generales de los estudios

Tras el proceso de selección y reevaluación de la elegibilidad, se incluyeron tres estudios que cumplieron integralmente con los criterios establecidos mediante el marco PCC. Los estudios fueron publicados entre 2023 y 2024 y proceden de Irán, Brasil y Estados Unidos.

En relación con los diseños metodológicos, se identificó un estudio cuasi-experimental y dos estudios de caso. Asgarshirazi et al. (2023) realizaron un estudio cuasi-experimental que incluyó 25 participantes con antecedente de ventilación mecánica prolongada. Lima et al. (2024) desarrollaron un estudio de caso de tipo

observacional y exploratorio en un recién nacido prematuro extremo. Lakoff et al. (2024) presentaron un estudio de caso de un recién nacido extremadamente prematuro con una evolución respiratoria compleja y dependencia posterior de traqueostomía.

Las poblaciones estudiadas presentan características heterogéneas. En Asgarshirazi et al. (2023), los 25 participantes presentaron antecedente de ventilación mecánica superior a 7 días, con una duración media de 15,95 ± 6,64 días. En Lima et al. (2024), se reportó el caso de un recién nacido prematuro extremo de 26 semanas y 3 días de edad gestacional, con antecedente de intubación durante su evolución clínica. En Lakoff et al. (2024), se describió un recién nacido prematuro extremo de 24 semanas y 3 días de edad gestacional que requirió intubación y ventilación mecánica durante su evolución neonatal.

En los tres estudios se identificaron dificultades relacionadas con la función oral, la succión, la deglución o el proceso de alimentación, aunque su forma de evaluación y presentación difirió entre las investigaciones. Asimismo, los estudios describieron intervenciones dirigidas a favorecer la función oral y la alimentación, incluyendo estimulación oral o sensorimotora y estrategias de apoyo durante la progresión alimentaria. La participación fonoaudiológica fue explícita en el estudio de Lima et al. (2024) y en el abordaje interdisciplinario descrito por Lakoff et al. (2024), mientras que Asgarshirazi et al. (2023) describieron un protocolo de estimulación sensorimotora oral con entrenamiento a los padres.

La heterogeneidad observada en los diseños, las características clínicas de los participantes, las modalidades de intervención y los desenlaces evaluados sustenta

la presentación descriptiva de los hallazgos y limita la realización de comparaciones directas entre los estudios (véase Tabla 2).

4.3 Análisis de la adherencia a guías de reporte

Con el propósito de describir la exhaustividad y consistencia del reporte de los estudios incluidos, se realizó un análisis descriptivo de la información metodológica y clínica presentada en los tres estudios seleccionados, considerando las características particulares de sus diseños y los elementos relevantes para la interpretación de los resultados en el contexto de la fonoaudiología neonatal.

En el estudio cuasi-experimental de Asgarshirazi et al. (2023), se describieron las características de la población, los criterios de selección, el antecedente y duración de la ventilación mecánica y el procedimiento de estimulación oral. Asimismo, se presentaron los resultados obtenidos antes y después de la intervención. No obstante, el reducido tamaño muestral y las características del diseño deben considerarse al interpretar los cambios observados.

En los estudios de caso de Lima et al. (2024) y Lakoff et al. (2024), se presentó de manera cronológica la evolución clínica de los recién nacidos prematuros y el proceso de intervención relacionado con la función oral y la alimentación. Estos reportes permitieron identificar información clínica detallada sobre las dificultades alimentarias y las estrategias terapéuticas implementadas; sin embargo, por la naturaleza de los estudios de caso, sus hallazgos corresponden a experiencias clínicas individuales y no permiten establecer comparaciones entre grupos ni

generalizar los resultados a toda la población de prematuros con antecedente de intubación prolongada.

En conjunto, los tres estudios aportaron información relevante para caracterizar las intervenciones y los desenlaces relacionados con la succión y la alimentación oral; sin embargo, presentaron diferencias en el diseño, la forma de documentar la exposición a ventilación mecánica invasiva, las características de las intervenciones y los criterios utilizados para valorar la función oral. Esta heterogeneidad limita la comparación directa entre los hallazgos y refuerza el carácter descriptivo de la presente revisión de alcance.

Este análisis no constituye una evaluación formal de la calidad metodológica ni del riesgo de sesgo de los estudios incluidos, sino una descripción de la exhaustividad del reporte de la información relevante para los objetivos de la revisión.

4.4. Resultados de la revisión

La evidencia recuperada permite identificar patrones consistentes en relación con las alteraciones de la succión en neonatos prematuros, el impacto de la intubación prolongada sobre el desempeño alimentario y la efectividad de diversas intervenciones fonoaudiológicas orientadas a favorecer la transición segura y oportuna hacia la alimentación oral plena.

4.4.1. Características de la población neonatal y condiciones clínicas (véase Tabla 3)

Los tres estudios incluidos abordaron población nacida prematuramente con antecedente de ventilación mecánica invasiva prolongada durante el periodo

neonatal. Las características de la población fueron heterogéneas, debido a que uno de los estudios incluyó una muestra de 25 participantes, mientras que los otros dos corresponden a estudios de caso (6,15).

Asgarshirazi et al. (2023) incluyeron 25 participantes, con una edad gestacional media al nacimiento de 29,85 ± 2,08 semanas y un peso medio al nacer de 1274,13 ± 450,64 g. La duración media de la ventilación mecánica fue de 15,95 ± 6,64 días, con un rango de 8 a 31 días. Asimismo, 24 de los 25 participantes (96 %) presentaron algún grado de disfagia (6). Estos datos están reportados directamente en los resultados del estudio.

Lima et al. (2024) describieron el caso de un recién nacido prematuro extremo, nacido a las 26 semanas y 3 días de edad gestacional. Durante su evolución neonatal requirió intubación, situación durante la cual se suspendió temporalmente el seguimiento fonoaudiológico, que fue retomado después de la extubación. El recién nacido presentó dificultades relacionadas con la función oral y con el proceso de transición desde la alimentación por sonda hacia la alimentación por vía oral (16). El estudio señala que, tras las intervenciones fonoaudiológicas, se observaron cambios en los reflejos orales y en los patrones de succión no nutritiva y nutritiva, con progresión desde la alimentación por sonda orogástrica hacia la vía oral exclusiva.

Lakoff et al. (2024) reportaron el caso de un recién nacido extremadamente prematuro, nacido a las 24 semanas y 3 días de edad gestacional y con un peso de 540 g. El neonato requirió intubación y ventilación mecánica durante su evolución neonatal, con una trayectoria respiratoria compleja que posteriormente requirió

traqueostomía. Paralelamente, el proceso de alimentación fue abordado por un equipo interdisciplinario, incluyendo la participación de fonoaudiología, con estrategias orientadas al desarrollo de las habilidades necesarias para la alimentación oral y la progresión hacia la lactancia materna directa (15).

En conjunto, los estudios incluidos corresponden a una población de elevada complejidad clínica, caracterizada por prematuridad y antecedente de ventilación mecánica invasiva prolongada, junto con dificultades relacionadas con la función oral, la deglución o el proceso de alimentación (6,15). Sin embargo, las diferencias en el tamaño de las muestras, las características clínicas de los participantes y la forma de reportar la exposición a ventilación mecánica impiden establecer un perfil poblacional homogéneo entre los tres estudios.

4.4.2. Alteraciones de la succión y dificultades en la transición a la alimentación oral.

Las alteraciones relacionadas con la succión, la deglución y la alimentación oral fueron descritas de manera heterogénea en los tres estudios incluidos, debido a las diferencias en los métodos de evaluación y en las características clínicas de las poblaciones estudiadas (6,15).

Asgarshirazi et al. (2023) evaluaron principalmente complicaciones de la deglución en 25 participantes con antecedente de ventilación mecánica superior a 7 días. Antes de la intervención, 24 de los 25 participantes (96 %) presentaron algún grado de disfagia. Entre las manifestaciones reportadas se encontraron expulsión del

alimento por la boca (52 %), necesidad de fraccionar los alimentos en porciones pequeñas (56 %), escasa ganancia de peso (56 %), sensación de atragantamiento durante la alimentación (36 %), respiración húmeda (36 %) y tos durante la alimentación (32 %), entre otras (6).

Lima et al. (2024) describieron alteraciones específicas de la función oral en un recién nacido prematuro extremo. En la evaluación fonoaudiológica se identificaron reflejo de búsqueda ausente, reflejos de succión y deglución débiles, succión débil y retardada, predominio del patrón de compresión, grupos de dos a tres succiones seguidos de pausas prolongadas, reducción de la apertura oral, movilidad oromotora disminuida, sellado labial incompleto y ausencia de acanalamiento lingual (16). Durante la alimentación al pecho también se observaron signos de dificultad clínica, incluyendo cianosis perioral, aumento de la frecuencia respiratoria, retracciones subcostales y disminución de la saturación periférica de oxígeno hasta 88 %. Estos hallazgos evidenciaron dificultades en la organización de la función oral y en la tolerancia a la alimentación.

Lakoff et al. (2024) describieron dificultades funcionales durante el establecimiento y progresión de la alimentación oral en un recién nacido extremadamente prematuro con evolución respiratoria compleja y posterior traqueostomía. Durante el proceso de alimentación directa al pecho, el lactante logró el agarre y presentó succiones frecuentes; sin embargo, inicialmente se observó una transferencia de leche mínima y escasamente coordinada, además de limitaciones relacionadas con la resistencia y la fatiga durante la alimentación (15). El abordaje requirió una progresión gradual de las experiencias de alimentación oral dentro de un manejo interdisciplinario.

En conjunto, los estudios evidenciaron dificultades que abarcaron diferentes componentes de la función alimentaria, desde alteraciones de la succión y de los reflejos orales hasta manifestaciones de disfagia, limitada transferencia de leche, fatiga e inestabilidad fisiológica durante la alimentación (6,15). Sin embargo, debido a las diferencias en los métodos de evaluación y en la terminología empleada por los autores, no fue posible establecer un patrón único de alteración de la succión común a los tres estudios.

4.4.2.1. Prematuros con antecedentes de intubación prolongada

Los tres estudios incluidos abordaron recién nacidos prematuros con antecedente de intubación y ventilación mecánica invasiva prolongada durante el periodo neonatal (6,15). No obstante, la forma de documentar la duración de esta exposición fue diferente entre los estudios.

Asgarshirazi et al. (2023) establecieron explícitamente como criterio de inclusión el antecedente de ventilación mecánica durante más de siete días en el período neonatal. Los 25 participantes incluidos presentaron una duración media de ventilación mecánica de 15,95 ± 6,64 días, con un rango de 8 a 31 días (15). Por lo tanto, en este estudio el cumplimiento del criterio de intubación prolongada establecido para la presente revisión pudo verificarse directamente a partir de los datos reportados por los autores.

Lima et al. (2024) describieron un recién nacido prematuro extremo de 26 semanas y 3 días de edad gestacional que, durante una complicación en su evolución clínica, requirió intubación. El artículo señala que el acompañamiento fonoaudiológico fue suspendido durante 11 días y retomado después de la extubación (16). En este caso,

el antecedente de intubación prolongada se estableció a partir de la secuencia temporal descrita en el reporte clínico; sin embargo, los autores no presentan la duración de la ventilación mecánica invasiva como una variable cuantificada de manera independiente.

Lakoff et al. (2024) reportaron un recién nacido extremadamente prematuro de 24 semanas y 3 días de edad gestacional, intubado durante la reanimación inicial y sometido a ventilación oscilatoria de alta frecuencia. El neonato fue extubado cinco días después del nacimiento, pero requirió reintubación dos días más tarde y permaneció con soporte ventilatorio invasivo hasta una nueva extubación a las 29 semanas y 5 días de edad postconcepcional (15). Esta cronología clínica permite establecer una exposición a intubación y ventilación mecánica invasiva superior a siete días. Posteriormente, debido a la persistencia de una enfermedad pulmonar crónica y a dificultades respiratorias, el paciente presentó nuevos requerimientos de intubación y finalmente requirió traqueostomía (15).

En conjunto, los tres estudios cumplieron con el criterio poblacional establecido para la presente revisión, correspondiente a prematuros con antecedente de intubación prolongada, operacionalizada como una exposición igual o superior a siete días de ventilación mecánica invasiva mediante intubación endotraqueal (6,15). Sin embargo, la duración de esta exposición fue documentada de manera heterogénea: mientras Asgarshirazi et al. la reportaron cuantitativamente, en Lima et al. y Lakoff et al. su cumplimiento se estableció a partir de la cronología clínica descrita en los respectivos reportes de caso.

4.4.2.2. Condición clínica al inicio de la intervención

La condición clínica al momento de iniciar las intervenciones fue descrita de manera variable entre los estudios incluidos. En general, las estrategias dirigidas a la función oral y la alimentación se implementaron o retomaron cuando las condiciones clínicas y respiratorias permitieron avanzar de manera segura en este proceso (6,15).

En Asgarshirazi et al. (2023), la estimulación sensorimotora oral se realizó durante el seguimiento de los participantes después del periodo neonatal de ventilación mecánica prolongada. Los autores evaluaron las dificultades de deglución y posteriormente aplicaron la maniobra de estimulación oral, sin establecer la "estabilidad clínica" como un desenlace específico del estudio (6).

En Lima et al. (2024), el seguimiento fonoaudiológico estuvo condicionado por la evolución clínica del recién nacido. Ante una complicación que requirió intubación, la intervención fue suspendida y se retomó después de la extubación, conforme a las condiciones clínicas del paciente y a su progresión hacia la alimentación oral (16).

En Lakoff et al. (2024), la progresión de la alimentación oral estuvo determinada por la compleja evolución respiratoria del recién nacido. Tras la traqueostomía, el proceso se desarrolló de manera gradual y con participación interdisciplinaria, considerando la seguridad y tolerancia del lactante durante las experiencias de alimentación (15).

Por tanto, la estabilidad clínica no fue definida ni evaluada mediante criterios homogéneos en los tres estudios. Más bien, la posibilidad de iniciar, retomar o progresar las intervenciones estuvo vinculada a la evolución clínica individual y a las condiciones de seguridad para la alimentación (6,15).

4.4.2.3. Parámetros subjetivos y objetivos utilizados en la evaluación de la succión y la alimentación

(Véase Tabla 5)

Los métodos utilizados para evaluar la función oral y la alimentación fueron heterogéneos entre los tres estudios incluidos, sin identificarse un instrumento estandarizado común aplicado a toda la población (6,15). Las evaluaciones combinaron información clínica, observación del desempeño alimentario y, según el estudio, parámetros fisiológicos o procedimientos específicos para valorar la seguridad de la alimentación.

Asgarshirazi et al. (2023) evaluaron las dificultades de deglución mediante la historia clínica, el reporte de los padres y un cuestionario elaborado para identificar signos y síntomas asociados con disfagia (6). Los autores señalaron como limitación que este cuestionario no se encontraba validado y que no se utilizaron evaluaciones instrumentales como la videofluoroscopia para confirmar el diagnóstico, por lo que la valoración se sustentó principalmente en criterios clínicos.

Lima et al. (2024) realizaron una evaluación fonoaudiológica clínica de las estructuras y funciones del sistema estomatognático y de los reflejos orales, así

como de los patrones de succión no nutritiva y nutritiva (16). Durante la alimentación se observaron aspectos relacionados con el desempeño oral y la coordinación funcional, complementados con parámetros fisiológicos de tolerancia, entre ellos la frecuencia respiratoria y la saturación periférica de oxígeno.

Lakoff et al. (2024) describieron una valoración clínica e interdisciplinaria de la seguridad y progresión de la alimentación oral (15). El proceso incluyó la observación del agarre, la succión, la transferencia de leche, la resistencia durante la alimentación y la tolerancia del lactante. En el contexto de la traqueostomía también se utilizaron pruebas con colorante como parte de la valoración de la seguridad durante la introducción y progresión de la alimentación oral.

En conjunto, los estudios evidenciaron un predominio de procedimientos de evaluación clínica y observacional, complementados por parámetros fisiológicos o procedimientos específicos según las necesidades de cada participante. La ausencia de un instrumento estandarizado común y las diferencias en los criterios de evaluación dificultan la comparación directa de la función de succión y alimentación entre los estudios (6,15).

4.4.3. Intervenciones fonoaudiológicas y resultados en la succión y la transición alimentaria

(Véase Tabla 6)

Los tres estudios incluidos describieron intervenciones orientadas a favorecer la función oral y el proceso de alimentación en prematuros con antecedente de

intubación prolongada; sin embargo, las características, componentes y modalidad de aplicación de estas intervenciones fueron heterogéneas (6,15).

Asgarshirazi et al. (2023) aplicaron un programa de estimulación sensorimotora oral que incluye masaje, presión y movimientos dirigidos a estructuras orales como lengua, labios, encías, mejillas, mandíbula y paladar (6). Las maniobras fueron realizadas antes de la alimentación y contemplaron estimulación asociada con succión nutritiva y no nutritiva. Los padres recibieron entrenamiento para continuar las maniobras de estimulación oral. Tras la intervención y durante el seguimiento, los autores reportaron una disminución de los signos y síntomas de disfagia evaluados en los participantes (6).

Lima et al. (2024) describieron una intervención fonoaudiológica individualizada y progresiva, realizada de acuerdo con las condiciones clínicas y el desempeño alimentario del recién nacido (16)]. El abordaje incluyó estimulación sensorimotora oral mediante manipulaciones digitales intraorales y extraorales, así como succión no nutritiva con dedo enguantado. Posteriormente, conforme a la evolución clínica, se incorporaron experiencias de succión no nutritiva al pecho, *finger-feeding* y succión nutritiva. Durante el seguimiento se observó una evolución favorable de las habilidades orales y de los patrones de succión, acompañada de progresión desde la alimentación por sonda orogástrica hasta la alimentación por vía oral exclusiva (16).

Lakoff et al. (2024) describieron un abordaje interdisciplinario y progresivo de la alimentación en un recién nacido extremadamente prematuro con traqueostomía (15). Las estrategias incluyeron experiencias orales positivas, uso de succión no nutritiva y una introducción gradual de la alimentación oral bajo seguimiento de

profesionales, entre ellos fonoaudiología. Posteriormente se progresó hacia la alimentación con biberón y la lactancia materna directa, ajustando el proceso de acuerdo con la tolerancia, resistencia y desempeño alimentario del lactante (15). El caso documentó la progresión hacia la alimentación directa al pecho dentro de un proceso individualizado y multidisciplinario.

En conjunto, las intervenciones identificadas compartieron un enfoque progresivo orientado a facilitar las experiencias orales y el desarrollo de habilidades necesarias para la alimentación (6,15). No obstante, debido a la heterogeneidad de los diseños, las diferencias en los componentes de las intervenciones y la ausencia de grupos comparadores en los estudios de caso, los resultados deben interpretarse como cambios observados durante el proceso de intervención y no como evidencia concluyente de eficacia comparativa entre las estrategias.

V. DISCUSIÓN

La presente revisión de alcance permitió mapear la evidencia disponible sobre las intervenciones fonoaudiológicas dirigidas a las alteraciones de la succión en neonatos prematuros con antecedente de intubación prolongada. Uno de los principales hallazgos fue la escasez de estudios que cumplieron integralmente con los criterios establecidos mediante el marco PCC, ya que únicamente tres investigaciones fueron incluidas en la síntesis final (6,15). Esta limitada evidencia, sumada a la heterogeneidad de los diseños y de las formas de evaluación, evidencia que la intervención fonoaudiológica en esta población específica continúa siendo un área insuficientemente estudiada.

A pesar de estas diferencias metodológicas, los estudios incluidos mostraron que las dificultades alimentarias pueden comprometer distintos componentes de la función oral. Mientras Lima et al. (16) describieron alteraciones específicas de los reflejos orales y de los patrones de succión nutritiva y no nutritiva, Lakoff et al. (15) documentaron dificultades funcionales relacionadas con la transferencia de leche, la coordinación y la resistencia durante la alimentación. Por su parte, Asgarshirazi et al. (6) identificaron una elevada frecuencia de signos y síntomas de disfagia en participantes con antecedente de ventilación mecánica prolongada. En conjunto, estos hallazgos sugieren que las dificultades alimentarias posteriores a una evolución neonatal compleja no se expresan mediante un único patrón clínico, sino que pueden involucrar diferentes dimensiones de la función oromotora, la deglución y la alimentación.

Esta interpretación es concordante con la revisión sistemática Cochrane de Greene et al., que describe la inmadurez de las habilidades orales y de la coordinación entre succión, deglución y respiración como factores relevantes en las dificultades para alcanzar una alimentación oral segura en los recién nacidos prematuros (17). Asimismo, la literatura señala que la adquisición de una alimentación oral funcional depende no solo de la maduración, sino también de la estabilidad fisiológica y de la organización de las habilidades oromotoras del neonato (18). En este contexto, los hallazgos de la presente revisión refuerzan la necesidad de una valoración individualizada de la función alimentaria en prematuros con antecedentes respiratorios complejos, aunque la limitada cantidad y heterogeneidad de los estudios impiden establecer un perfil clínico uniforme para los neonatos con antecedente específico de intubación prolongada.

En relación con las intervenciones identificadas, los estudios incluidos mostraron abordajes heterogéneos orientados a favorecer la función oral y la progresión de la alimentación en prematuros con antecedente de intubación prolongada (6,15). Asgarshirazi et al. (6) empleaban estimulación sensorimotora oral y reportaron una disminución de los signos y síntomas de disfagia durante el seguimiento. Por su parte, Lima et al. (16) describieron una intervención fonoaudiológica progresiva que incorporó estimulación sensorimotora oral, succión no nutritiva y posterior incorporación de experiencias de alimentación oral, observándose una evolución favorable de las habilidades orales y una progresión hacia la vía oral exclusiva. Lakoff et al. (15) documentaron un abordaje interdisciplinario, con participación fonoaudiológica, en el que las experiencias orales y la alimentación fueron introducidas progresivamente hasta alcanzar la lactancia materna directa. Aunque los tres estudios describieron cambios favorables durante el proceso de intervención, las diferencias en sus diseños, componentes terapéuticos y desenlaces evaluados impiden determinar la superioridad o eficacia comparativa de una estrategia específica.

La heterogeneidad identificada en las intervenciones de los estudios incluidos también ha sido señalada en la literatura secundaria. La revisión sistemática Cochrane de Greene et al. (17) encontró variabilidad en los protocolos de estimulación oral aplicados a recién nacidos prematuros, particularmente en sus componentes, duración y forma de implementación, lo que dificulta establecer conclusiones firmes sobre sus efectos. No obstante, los autores reportaron que la estimulación oral podría favorecer algunos desenlaces relacionados con la transición hacia la alimentación oral, aunque señalaron la necesidad de interpretar

estos resultados con cautela debido a las limitaciones de la evidencia disponible. En este sentido, los hallazgos de la presente revisión son concordantes con la ausencia de un protocolo terapéutico uniforme, situación que resulta aún más evidente al considerar específicamente a prematuros con antecedente de intubación prolongada.

Aunque los tres estudios incluidos incorporaron diferentes componentes orientados a favorecer la función oral y la progresión alimentaria, sus diseños y modalidades de intervención no permiten establecer si la combinación de estrategias ofrece mejores resultados que su aplicación aislada (6,15). Sin embargo, este aspecto ha sido examinado en evidencia secundaria más amplia. La revisión sistemática y metaanálisis de Tsai et al. (19), realizada en recién nacidos prematuros, comparó intervenciones motoras orales completas con la succión no nutritiva aplicada de manera aislada y reportó resultados favorables de las intervenciones oromotoras sobre determinados desenlaces del desempeño alimentario. Estos hallazgos aportan un marco de referencia para interpretar las estrategias identificadas en la presente revisión; no obstante, deben extrapolarse con cautela, debido a que la población analizada por Tsai et al. no estuvo delimitada específicamente por el antecedente de intubación prolongada establecido en nuestro PCC. En consecuencia, la evidencia actualmente disponible no permite determinar qué modalidad, combinación o dosificación de intervención resulta más adecuada específicamente para los prematuros con este antecedente clínico.

La pertinencia de las intervenciones dirigidas a la función oral puede comprenderse a partir de las particularidades del desarrollo alimentario del recién nacido

prematuro. En esta población, la adquisición de habilidades para una alimentación oral segura depende de la maduración neuromotora y de la integración de experiencias sensoriales y motoras, además de la capacidad para mantener estabilidad fisiológica durante la alimentación. En los neonatos que requieren intubación y otros procedimientos invasivos, las experiencias orales durante etapas tempranas del desarrollo pueden verse modificadas o limitadas, constituyendo un elemento adicional que debe considerarse al valorar posteriormente la función alimentaria.

Esta interpretación encuentra respaldo en la literatura secundaria. Kamity et al. (4), en su revisión sobre los problemas de alimentación y sus consecuencias en prematuros, describen que la intubación prolongada, la ventilación mecánica y otras experiencias orales adversas durante la hospitalización neonatal pueden contribuir al desarrollo de dificultades alimentarias. De manera complementaria, Barlow (13) señala la importancia de la integración entre los sistemas oral y respiratorio y de la experiencia sensoriomotora para el desarrollo del control necesario durante la alimentación del prematuro. Estos antecedentes proporcionan un marco fisiológico para interpretar las dificultades identificadas en los estudios de la presente revisión; sin embargo, los tres estudios incluidos no permiten establecer de manera independiente el efecto de la intubación prolongada sobre la función oral, debido a la coexistencia de prematuridad extrema, enfermedad respiratoria y otras condiciones clínicas (6,15).

A partir de este marco, la individualización de la intervención adquiere especial relevancia en prematuros con antecedentes respiratorios complejos. Los estudios incluidos mostraron que la progresión de las estrategias dirigidas a la función oral y la alimentación estuvo condicionada por la evolución clínica y la tolerancia de cada participante (6,15). Esta característica fue particularmente evidente en los reportes de Lima et al. (16) y Lakoff et al. (15), en los que las experiencias de alimentación fueron incorporadas o modificadas progresivamente de acuerdo con la condición clínica y el desempeño alimentario del recién nacido. Por tanto, más que identificar un protocolo estructurado común entre los estudios, la evidencia incluida destaca la adaptación de las estrategias a las características individuales del paciente.

Esta interpretación es concordante con lo planteado por Lubbe (18), quien propone que la transición hacia la alimentación oral del prematuro debe considerar las señales del recién nacido, su estabilidad fisiológica, organización conductual y habilidades para la alimentación, en lugar de sustentarse exclusivamente en criterios cronológicos. Desde esta perspectiva, la valoración continua de la respuesta del neonato puede contribuir a orientar el inicio y la progresión de la alimentación de acuerdo con sus capacidades individuales. No obstante, en la presente revisión no se identificó un protocolo estandarizado común a los tres estudios incluidos, por lo que no es posible establecer recomendaciones específicas sobre un modelo de progresión alimentaria para prematuros con antecedente de intubación prolongada.

Considerando conjuntamente los hallazgos de la presente revisión y su contraste con la literatura secundaria, las intervenciones dirigidas a la función oral y la

alimentación constituyen un componente relevante del abordaje de los recién nacidos prematuros con dificultades alimentarias. En los tres estudios incluidos se documentaron cambios favorables durante el proceso de intervención, relacionados con distintos componentes de la función alimentaria y con la progresión hacia la alimentación oral (6,15). Sin embargo, la evidencia identificada no permite establecer qué estrategia presenta mayores beneficios ni definir una modalidad, frecuencia o duración óptimas para los prematuros con antecedente de intubación prolongada. Por ello, los hallazgos deben interpretarse principalmente como una caracterización de las estrategias actualmente descritas para esta población y de los vacíos existentes en torno a su estandarización.

En este contexto, la heterogeneidad de las estrategias identificadas y la limitada cantidad de estudios disponibles resaltan la importancia de que la intervención se adapte a las características clínicas y al desempeño funcional de cada neonato. Los hallazgos de Lima et al. (16) y Lakoff et al. (15) muestran que la progresión de las experiencias orales estuvo condicionada por la respuesta clínica y alimentaria de cada paciente, mientras que Asgarshirazi et al. (6) incorporaron el seguimiento de las manifestaciones de disfagia durante el proceso de estimulación oral. En consecuencia, la evidencia mapeada permite reconocer la individualización y el seguimiento clínico como elementos presentes en los abordajes descritos, aunque resulta insuficiente para establecer criterios estandarizados sobre el momento de inicio, progresión o finalización de las intervenciones en prematuros con antecedente de intubación prolongada.

Las implicancias clínicas derivadas de esta revisión permiten destacar la participación del fonoaudiólogo dentro del abordaje interdisciplinario de las dificultades de alimentación en el recién nacido prematuro. Los estudios incluidos muestran que la valoración de la función oral y alimentaria debe considerar diferentes dimensiones clínicas, entre ellas las características de la succión, los reflejos orales, la tolerancia fisiológica y el desempeño durante la alimentación, de acuerdo con las necesidades de cada paciente (6,15). En este contexto, la participación fonoaudiológica puede contribuir a identificar dificultades funcionales, orientar la progresión de las experiencias de alimentación y adaptar las estrategias de intervención según la evolución clínica del neonato. Sin embargo, la heterogeneidad de los procedimientos de evaluación identificados en esta revisión evidencia la ausencia de criterios estandarizados específicos para prematuros con antecedente de intubación prolongada.

La necesidad de una evaluación integral es concordante con lo descrito por Kamity et al. (4), quienes señalan que los problemas de alimentación en los recién nacidos prematuros pueden involucrar múltiples componentes y requieren una valoración sistemática que considere aspectos oromotores, sensoriales y fisiológicos. Desde la perspectiva fonoaudiológica, este planteamiento resulta relevante debido a que las dificultades observadas durante la alimentación pueden manifestarse de manera diferente según la condición clínica y el desarrollo de las habilidades orales del neonato. En la presente revisión, la variabilidad de los procedimientos utilizados por los estudios incluidos (6,15) refleja precisamente esta multidimensionalidad; sin embargo, también pone en evidencia la ausencia de un instrumento o protocolo

de evaluación común específicamente aplicado a prematuros con antecedente de intubación prolongada.

En consecuencia, la atención de las dificultades de succión y alimentación en el recién nacido prematuro requiere considerar la participación de los diferentes profesionales involucrados en el cuidado neonatal. En los estudios incluidos, esta participación fue descrita de manera variable: Lima et al. (16) documentaron específicamente el seguimiento y la intervención fonoaudiológica, mientras que Lakoff et al. (15) describieron un abordaje interdisciplinario con participación de fonoaudiología durante la valoración y progresión de la alimentación. Asimismo, Asgarshirazi et al. (6) incorporaron el entrenamiento de los padres para dar continuidad a las maniobras de estimulación oral. Estos hallazgos permiten reconocer tanto la participación fonoaudiológica como la colaboración interdisciplinaria y de los cuidadores dentro de los abordajes identificados; sin embargo, la limitada evidencia disponible no permite establecer una organización profesional o un modelo asistencial uniforme para prematuros con antecedente de intubación prolongada.

La presente revisión de alcance permitió mapear la evidencia disponible sobre las intervenciones fonoaudiológicas dirigidas a las alteraciones de la succión en neonatos prematuros con antecedente de intubación prolongada, identificando una cantidad limitada de estudios que cumplieron integralmente con los criterios establecidos mediante el marco PCC. Los tres estudios incluidos permitieron caracterizar diferentes manifestaciones relacionadas con la función oral y la alimentación, así como identificar estrategias de estimulación oral, intervención

fonoaudiológica y abordaje interdisciplinario aplicadas en esta población (6,15). Sin embargo, la heterogeneidad de los diseños, las modalidades de intervención, los procedimientos de evaluación y los desenlaces reportados impide establecer comparaciones directas entre las estrategias identificadas. En este sentido, uno de los principales aportes de la presente revisión es evidenciar la escasez de investigaciones específicamente centradas en prematuros con antecedente de intubación prolongada y la necesidad de generar evidencia que permita orientar los hallazgos de esta revisión deben interpretarse considerando las limitaciones de la evidencia disponible. Los tres estudios incluidos presentaron diferencias importantes en sus diseños, características clínicas de los participantes, modalidades de intervención, procedimientos de evaluación y desenlaces reportados (6,15). Además, dos de las investigaciones corresponden a estudios de caso (15-16), mientras que Asgarshirazi et al. (6) desarrollaron un estudio cuasi-experimental con una muestra reducida y utilizaron, entre sus procedimientos de evaluación, un cuestionario no validado para identificar manifestaciones de disfagia. Estas características limitan la comparación entre los estudios y no permiten establecer conclusiones sobre la eficacia comparativa de las intervenciones identificadas. Asimismo, la forma de documentar el antecedente de intubación prolongada no fue homogénea, ya que únicamente Asgarshirazi et al. (6) reportaron cuantitativamente la duración de la ventilación mecánica, mientras que en Lima et al. (16) y Lakoff et al. (15) este antecedente se estableció a partir de la cronología clínica descrita en los reportes.

A pesar de estas limitaciones, la revisión permitió identificar y organizar la evidencia disponible específicamente para prematuros con antecedente de

intubación prolongada, diferenciándose de investigaciones realizadas en poblaciones expuestas únicamente a modalidades de soporte respiratorio no invasivo o en las que no fue posible establecer la duración de la ventilación mecánica invasiva. La aplicación estricta de los criterios establecidos mediante el marco PCC permitió delimitar tres estudios pertinentes para la pregunta de revisión (6,15). En este sentido, el reducido número de investigaciones identificadas constituye también un hallazgo relevante, al evidenciar que la literatura específicamente dirigida a las intervenciones fonoaudiológicas en esta población continúa siendo escasa.

Finalmente, se requieren investigaciones que evalúen de manera específica a recién nacidos prematuros con antecedente claramente documentado de intubación prolongada y que describan con precisión la duración de la ventilación mecánica invasiva. Asimismo, resulta necesario avanzar hacia una mayor estandarización de los procedimientos utilizados para evaluar la función oral, la succión y la alimentación, así como describir con mayor detalle los componentes, frecuencia, duración y criterios de progresión de las intervenciones fonoaudiológicas. Futuros estudios con diseños metodológicos que permitan comparar estrategias y evaluar desenlaces clínicos relevantes podrían contribuir a determinar qué intervenciones resultan más apropiadas para esta población. Del mismo modo, sería pertinente fortalecer la investigación sobre la participación específica del fonoaudiólogo dentro de los equipos neonatales y sobre el seguimiento de los resultados alimentarios después del alta hospitalaria.

LIMITACIONES

La evidencia disponible presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos de la presente revisión. Se identificaron únicamente tres estudios que cumplieron integralmente con los criterios de elegibilidad establecidos mediante el marco PCC (6,15), de los cuales uno correspondió a un estudio cuasi-experimental (6) y dos a estudios de caso (15-16). Esta limitada cantidad de evidencia, junto con las diferencias en los diseños metodológicos, las características clínicas de los participantes y los desenlaces evaluados, restringe la comparación directa entre los estudios. Asimismo, la naturaleza individual de los dos estudios de caso limita la posibilidad de generalizar sus hallazgos a la población de neonatos prematuros con antecedente de intubación prolongada.

Asimismo, se identificó heterogeneidad en las características de las intervenciones descritas en los estudios incluidos, tanto en sus componentes como en la forma de implementación y progresión (6-15). Asgarshirazi et al. (6) emplearon un programa de estimulación sensorimotora oral; Lima et al. (16) describieron una intervención fonoaudiológica individualizada y progresiva; y Lakoff et al. (15) reportaron un abordaje interdisciplinario orientado a la progresión de la alimentación oral. Estas diferencias, sumadas a la ausencia de una modalidad de intervención común entre los estudios, dificultan la comparación directa de los resultados y no permiten establecer una frecuencia, duración o combinación de estrategias óptima para prematuros con antecedente de intubación prolongada.

Por otra parte, se identificaron diferencias importantes en el nivel de detalle con el que los estudios reportaron las características clínicas de los participantes y el

antecedente de ventilación mecánica invasiva (6,15). Asgarshirazi et al. (6) informaron de manera cuantitativa la duración de la ventilación mecánica, con un rango de 8 a 31 días; mientras que en los reportes de Lima et al. (16) y Lakoff et al. (15) el cumplimiento del criterio de intubación prolongada se estableció a partir de la cronología clínica descrita por los autores. Esta falta de uniformidad en el reporte de la exposición respiratoria dificulta caracterizar con precisión su relación con las dificultades de succión y alimentación y limita la comparación entre los estudios incluidos.

Otra limitación corresponde a la limitada representatividad geográfica de la evidencia disponible. Los tres estudios incluidos proceden de Irán, Brasil y Estados Unidos (6,15), por lo que la evidencia identificada se concentra en un número reducido de contextos sanitarios. Las diferencias entre los sistemas de atención neonatal, la disponibilidad de profesionales especializados y las prácticas relacionadas con la evaluación e intervención de la alimentación pueden influir en la forma en que se implementan estos abordajes. En consecuencia, los hallazgos deben interpretarse considerando las características particulares de los contextos en los que fueron desarrollados los estudios y no pueden asumirse como representativos de la práctica fonoaudiológica neonatal en otros países o sistemas de salud.

Finalmente, deben considerarse algunas limitaciones propias de la presente revisión de alcance. Aunque la búsqueda se realizó en diversas bases de datos y fuentes de literatura gris y posteriormente se complementó mediante rastreo retrospectivo y prospectivo de citaciones y el uso de herramientas adicionales de descubrimiento

bibliográfico, es posible que algunos estudios potencialmente relevantes no hayan sido identificados. Asimismo, la delimitación de la población mediante el criterio operacional de intubación prolongada igual o superior a siete días restringió la inclusión a estudios en los que este antecedente pudiera establecerse de manera explícita o mediante una cronología clínica inequívoca. Si bien esta delimitación permitió mantener la correspondencia con el marco PCC establecido para la revisión, también redujo el número de estudios elegibles. Por último, de acuerdo con el enfoque metodológico planteado, no se realizó una evaluación formal de la calidad metodológica ni del riesgo de sesgo de los estudios incluidos, por lo que los hallazgos fueron sintetizados con un propósito descriptivo y de mapeo de la evidencia disponible.

VI. CONCLUSIONES

La presente revisión de alcance permitió mapear la evidencia disponible sobre las intervenciones fonoaudiológicas dirigidas a las alteraciones de la succión y la alimentación en neonatos prematuros con antecedente de intubación prolongada. Se identificaron tres estudios que cumplieron integralmente con los criterios establecidos mediante el marco PCC, los cuales evidenciaron dificultades que involucraron diferentes componentes de la función oral y alimentaria, incluyendo alteraciones de la succión y los reflejos orales, manifestaciones de disfagia, limitada transferencia de leche, fatiga e inestabilidad fisiológica durante la alimentación.

Las intervenciones identificadas comprenden estrategias de estimulación oral o sensorimotora, succión no nutritiva y progresión individualizada de las experiencias de alimentación, desarrolladas mediante intervención fonoaudiológica o dentro de

un abordaje interdisciplinario. Los estudios reportaron cambios favorables durante el proceso de intervención y progresión alimentaria; sin embargo, la heterogeneidad de los diseños y de las estrategias utilizadas no permite determinar la superioridad de una intervención específica ni establecer una frecuencia, duración o combinación terapéutica óptima para esta población.

Asimismo, se identificó una marcada variabilidad en los procedimientos utilizados para valorar la función oral y alimentaria, sin encontrarse un instrumento estandarizado común entre los estudios. Esta heterogeneidad limita la comparación de los resultados y evidencia la necesidad de avanzar hacia criterios de evaluación y de reporte más homogéneos para prematuros con antecedente de intubación prolongada.

En conclusión, la evidencia específicamente centrada en esta población es escasa y metodológicamente heterogénea. Los hallazgos permiten reconocer diferentes estrategias de intervención fonoaudiológica y modalidades de participación interdisciplinaria, pero no establecen conclusiones definitivas sobre su eficacia comparativa. Por ello, se requieren investigaciones que documenten de manera precisa la duración de la ventilación mecánica invasiva, empleen procedimientos de evaluación claramente definidos y describan de forma reproducible los componentes, la dosificación y los desenlaces de las intervenciones, con el fin de fortalecer la evidencia disponible para la práctica fonoaudiológica neonatal.

VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. [citado 27 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

2. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Low birthweight in Latin America and the Caribbean — SOFI 2023: Statistics and Trends [Internet]. Rome: FAO; [citado 2 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/85d72c87-1973-4817-b022-1405c06f967b/content/sofi-statistics-rlc-2023/low-birthweight.html?utm_source

3. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP). *Balance anual de salud materna y neonatal 2024* [Internet]. Lima: MCLCP; 2025 [citado 2 sep 2025]. Disponible en: https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-03-11/ppt-mclcp-balance-smn-2024v3.pdf

4. Kamity R, Kapavarapu PK, Chandel A. Feeding Problems and Long-Term Outcomes in Preterm Infants—A Systematic Approach to Evaluation and Management. Children. 8 de diciembre de 2021;8(12):1158.

5. Delaney AL, Arvedson JC. Development of swallowing and feeding: Prenatal through first year of life. Dev Disabil Res Rev. enero de 2008;14(2):105-17.

6. Asgarshirazi M, Shariat M, Moradi R, Farahani Z, Ziaei F. Evaluation of Swallowing Coordination in Infants with a History of Mechanical Ventilation

Longer Than 7 Days in the Neonatal Period and Assessment of Response to Oral Stimulation Maneuver. Iran J Pediatr [Internet]. 20 de junio de 2023 [citado 2 de septiembre de 2025];33(4). Disponible en: https://brieflands.com/articles/ijp-135552

7. Rachmawati EZK, Wahyuni LK, Dewi DJ, Hsu WC, Tamin S, Yunizaf R, et al. Risk and predictive factors of oral feeding skills disorder in preterm infants: An observational study using flexible endoscopic evaluation of swallowing. Pediatr Neonatol. mayo de 2025;66(3):191-6.

8. Merck Manual Professional Edition. Airway establishment and control [Internet]. Rahway (NJ): Merck Sharp & Dohme LLC; [citado 1 jul 2026]. Disponible en: https://www.merckmanuals.com/professional/critical-care-medicine/respiratory-arrest/airway-establishment-and-control

9. Merck Manual Professional Edition. Overview of mechanical ventilation [Internet]. Rahway (NJ): Merck Sharp & Dohme LLC; [cited 2026 Jul 1]. Available from: https://www.merckmanuals.com/professional/critical-care-medicine/respiratory-failure-and-mechanical-ventilation/overview-of-mechanical-ventilation

10. World Health Organization. La OMS recomienda el cuidado inmediato piel con piel para la supervivencia de los bebés pequeños y prematuros. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm-babies?utm_source=

11. Conde-Agudelo A, Belizán JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. En: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2003 [citado 2 de septiembre de 2025]. p. CD002771. Disponible en: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002771

12. Collantes L, Cruz P, Webb V, Huayanay L, Zegarra J. Costos del cuidado intensivo del prematuro en un Hospital Nacional durante el año 2009. Rev Peru Pediatría. 31 de diciembre de 2011;16-24.

13. Barlow SM. Oral and respiratory control for preterm feeding. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. junio de 2009;17(3):179-86.

14. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.° 545-2024/MINSA [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2024 [citado 6 jun 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5874349-545-2024-minsa.

15. Lakoff A, Beckford J, Charbonneau C, Lepine S, Lawrence SL. Supporting direct breastfeeding for a tracheostomy-dependent extremely premature infant: a case study. J Hum Lact. 2024;40(3):419-424. doi:10.1177/08903344241254342.

16. Lima RCAV, Nóbrega LVC, Esteche PAL. Intervenção fonoaudiológica em um recém-nascido pré-termo extremo: relato de caso. Europub J Multidiscip Res. 2024;5(1):2-13. doi:10.55033/ejmrv5n1-001.

17. Greene Z, O'Donnell CPF, Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2023;7(7):CD009720. doi:10.1002/14651858.CD009720.pub3. PMID: 37494781.

18. Lubbe W. Clinicians guide for cue-based transition to oral feeding in preterm infants: an easy-to-use clinical guide. J Eval Clin Pract. 2018;24(1):80-88. doi:10.1111/jep.12721.

19. Tsai YL, Hsieh PC, Chen TY, Lin YC. Effects of complete oral motor intervention and nonnutritive sucking alone on the feeding performance of premature infants: a systematic review and meta-analysis. Children (Basel). 2024;11(1):4. doi:10.3390/children11010004.

20. Simpson C, Schanler RJ, Lau C. Early introduction of oral feeding in preterm infants. Pediatrics. 2002;110(3):517-522. doi:10.1542/peds.110.3.517.

21. World Health Organization. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth [Internet]. Ginebra; 2012 p. 126 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf .

22. Resch B. Duration of postoperative mechanical ventilation in neonates. Transl Pediatr. mayo de 2022;11(5):614-6.

23. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, Wang L, Eilers-Walsman BL, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr. septiembre de 1991;119(3):417-23.

24. Jobe AH, Bancalari E. Bronchopulmonary Dysplasia. Am J Respir Crit Care Med. 1 de junio de 2001;163(7):1723-9.

25. Walsh MC, Morris BH, Wrage LA, Vohr BR, Poole WK, Tyson JE, et al. Extremely Low Birthweight Neonates with Protracted Ventilation: Mortality and 18-Month Neurodevelopmental Outcomes. J Pediatr. junio de 2005;146(6):798-804.

26. Alidad A, Tarameshlu M, Ghelichi L, Haghani H. The effect of non-nutritive sucking combined with oral motor stimulation and oral support on feeding performance in premature infants: A single-blind randomized–clinical trial. J Pediatr Rehabil Med. 28 de septiembre de 2021;14(3):379-87.

27. Kamitsuka M, Nervik P, Nielsen S, Clark R. Incidence of Nasogastric and Gastrostomy Tube at Discharge Is Reduced after Implementing an Oral Feeding Protocol in Premature (< 30 weeks) Infants. Am J Perinatol. 4 de abril de 2017;34(06):606-13.

28. Zhang Y, Lyu T, Hu X, Shi P, Cao Y, Latour JM. Effect of Nonnutritive Sucking and Oral Stimulation on Feeding Performance in Preterm Infants: A Randomized Controlled Trial. Pediatr Crit Care Med. septiembre de 2014;15(7):608-14.

29. Khan Z, Sitter C, Dunitz-Scheer M, Posch K, Avian A, Bresesti I, et al. Full oral feeding is possible before discharge even in extremely preterm infants. Acta Paediatr. febrero de 2019;108(2):239-44.

VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1. Características generales de los estudios incluidos

Referencia	Título	Autor y año	País	Diseño metodológico	Objetivo(s) principal(es)
1	*Evaluation of Swallowing Coordination in Infants with a History of Mechanical Ventilation Longer Than 7 Days in the Neonatal Period and Assessment of Response to Oral Stimulation Maneuver*	Asgarshirazi et al., 2023	Irán	**Estudio cuasi-experimental**	Evaluar las complicaciones de la deglución en lactantes con antecedente de ventilación mecánica mayor de 7 días durante el periodo neonatal y valorar la respuesta a una maniobra de estimulación oral.
2	*Intervenção fonoaudiológica em um recém-nascido pré-termo extremo: relato de caso*	Lima et al., 2024	Brasil	**Estudio de caso observacional y exploratorio**	Describir la intervención fonoaudiológica y la evolución de las funciones orales y alimentarias en un recién nacido prematuro extremo durante su hospitalización neonatal.
3	*Supporting Direct Breastfeeding for a Tracheostomy-Dependent Extremely Premature Infant: A Case Study*	Lakoff et al., 2024	Estados Unidos	**Estudio de caso**	Describir el proceso interdisciplinario para favorecer la alimentación oral y la lactancia materna directa en un recién nacido extremadamente prematuro dependiente de traqueostomía.

Nota: El "Autor" corresponde al primer autor mencionado en la referencia y el "año" indica el año de publicación.

Tabla 2. Características metodológicas y principales hallazgos de los estudios incluidos

Autor	Objetivo	Metodología	Resultados / Hallazgos principales	Limitaciones y conclusiones
Asgarshirazi M. (2023)	Evaluar las complicaciones de la deglución en lactantes con antecedente de ventilación mecánica >7 días durante el periodo neonatal y valorar la respuesta a una maniobra de estimulación oral.	**Estudio cuasi-experimental.** 25 participantes. Ventilación mecánica: media de 15,95 ± 6,64 días (rango: 8–31). Se aplicó estimulación sensorimotora oral y seguimiento de las manifestaciones de disfagia.	24/25 participantes (96 %) presentaron algún grado de disfagia. Tras la estimulación oral y durante el seguimiento, los autores reportaron disminución de los signos y síntomas de disfagia evaluados.	Muestra reducida; estudio unicéntrico; cuestionario de disfagia no validado y ausencia de evaluación instrumental mediante videofluoroscopia. Los autores reportaron cambios favorables posteriores a la estimulación oral, aunque los resultados deben interpretarse considerando estas limitaciones.
Lima RCAV. (2024)	Describir la intervención fonoaudiológica y la evolución de las funciones orales y alimentarias de un recién nacido prematuro extremo durante su hospitalización neonatal.	**Estudio de caso observacional y exploratorio.** RN prematuro extremo de 26 sem + 3 días. Intervención fonoaudiológica individualizada y progresiva mediante estimulación sensorimotora oral, SNN y posterior incorporación de experiencias de alimentación oral.	Se observaron cambios favorables en los reflejos orales y en los patrones de SNN y SN, con progresión desde la alimentación por sonda orogástrica hasta la vía oral exclusiva.	Al tratarse de un estudio de caso, los hallazgos corresponden a la evolución de un único paciente y no son generalizables. El reporte documenta una evolución favorable durante el proceso de intervención fonoaudiológica.
Lakoff A. (2024)	Describir el proceso de apoyo interdisciplinario para favorecer la alimentación oral y la lactancia materna directa en un recién nacido extremadamente prematuro dependiente de traqueostomía.	**Estudio de caso.** RN de 24 sem + 3 días, 540 g, con evolución respiratoria compleja, intubación prolongada y posterior traqueostomía. Abordaje interdisciplinario con participación de fonoaudiología y progresión gradual de la alimentación oral.	Se documentó progresión de las experiencias orales hacia alimentación con biberón y lactancia materna directa. Durante el proceso se realizaron ajustes según seguridad, tolerancia, resistencia y desempeño alimentario.	Los hallazgos corresponden a un único caso clínico con elevada complejidad y no permiten establecer eficacia ni generalizar los resultados. El caso muestra la factibilidad de apoyar la lactancia materna directa dentro de un abordaje individualizado e interdisciplinario.

Nota: RN: recién nacido; SNN: succión no nutritiva; SN: succión nutritiva.

Tabla 3. Características de la población neonatal y condiciones clínicas de los estudios incluidos

Referencia	EG (sem)	Peso	Soporte respiratorio	Alimentación inicial	Condición clínica relevante
1. Asgarshirazi 2023	29,85 ± 2,08	1274,13 ± 450,65 g	**VM invasiva >7 días; media: 15,95 ± 6,64 días (rango: 8–31)**	NR	Disfagia en 24/25 participantes (96 %); se reportaron, entre otras manifestaciones, expulsión del alimento, necesidad de fraccionar la alimentación, atragantamiento, tos y respiración húmeda durante la alimentación.
2. Lima 2024	26 sem + 3 días	NR*	**Intubación durante la evolución neonatal; antecedente prolongado establecido mediante la cronología clínica descrita en el caso.**	Sonda orogástrica	Reflejo de búsqueda ausente; reflejos de succión y deglución débiles; succión débil y retardada; predominio de compresión; sellado labial incompleto y dificultades de tolerancia durante la alimentación.
3. Lakoff 2024	24 sem + 3 días	540 g	**Intubación y VM invasiva prolongada establecida mediante la cronología clínica; posteriormente requirió traqueostomía.**	Alimentación por sonda con leche humana	Dificultades durante la progresión alimentaria, con transferencia de leche inicialmente mínima y escasamente coordinada y limitaciones relacionadas con resistencia/fatiga durante la alimentación.

Nota: EG: edad gestacional; VMI: ventilación mecánica invasiva; NR: no reportado.

Tabla 4. Alteraciones de la función oral y alimentaria y condiciones clínicas asociadas

Estudio	Hallazgos sobre función oral y succión	Hallazgos durante la deglución/alimentación	Condiciones clínicas relevantes
1. Asgarshirazi 2023	El estudio no realizó una caracterización específica del patrón de succión mediante una escala estandarizada; la valoración se centró principalmente en manifestaciones de disfagia.	24/25 participantes (96 %) presentaron algún grado de disfagia. Se reportaron expulsión del alimento por la boca (52 %), necesidad de fraccionar la alimentación (56 %), escasa ganancia de peso (56 %), atragantamiento (36 %), respiración húmeda (36 %) y tos durante la alimentación (32 %), entre otras manifestaciones.	Antecedente de VMI >7 días; duración media de 15,95 ± 6,64 días (rango: 8–31 días).
2. Lima 2024	Reflejo de búsqueda ausente; reflejos de succión y deglución débiles; succión débil y retardada; predominio de compresión; grupos de 2–3 succiones seguidos de pausas prolongadas; apertura oral reducida, movilidad oromotora disminuida, sellado labial incompleto y ausencia de acanalamiento lingual.	Durante la alimentación al pecho se observaron cianosis perioral, aumento de la frecuencia respiratoria, retracciones subcostales y disminución de la SpO_2 hasta 88 %, evidenciando dificultades de tolerancia durante la alimentación.	Prematuridad extrema (26 sem + 3 días); antecedente de intubación prolongada establecido mediante la cronología clínica descrita en el caso.
3. Lakoff 2024	Durante la alimentación directa al pecho se describieron agarre y succiones frecuentes; sin embargo, inicialmente la transferencia de leche fue mínima y escasamente coordinada.	Se identificaron limitaciones relacionadas con la resistencia y fatiga durante la alimentación, requiriéndose una progresión gradual de las experiencias alimentarias según la tolerancia y seguridad del lactante.	Prematuridad extrema (24 sem + 3 días; 540 g); VMI prolongada establecida mediante cronología clínica; evolución respiratoria compleja y posterior traqueostomía.

Nota: VMI: ventilación mecánica invasiva; SpO_2: saturación periférica de oxígeno.

Tabla 5. Parámetros y procedimientos utilizados para la evaluación de la función oral y alimentaria

Estudio	Parámetros clínicos observados	Parámetros fisiológicos o cuantificables	Procedimientos/instrumentos utilizados
1. Asgarshirazi 2023	Signos y síntomas relacionados con disfagia, como expulsión del alimento, necesidad de fraccionar la alimentación, atragantamiento, tos y respiración húmeda durante la alimentación.	Frecuencia de signos y síntomas de disfagia antes y durante el seguimiento posterior a la estimulación oral.	Historia clínica, reporte de los padres y cuestionario para identificar manifestaciones de disfagia. El cuestionario no se encontraba validado; no se realizó videofluoroscopia.
2. Lima 2024	Reflejos orales; características de SNN y SN; apertura oral, movilidad oromotora, sellado labial y acanalamiento lingual; tolerancia clínica durante la alimentación.	Frecuencia respiratoria y SpO_2 durante la alimentación; se reportó disminución de SpO_2 hasta 88 % durante una experiencia de alimentación al pecho.	Evaluación fonoaudiológica clínica de las estructuras y funciones del sistema estomatognático, reflejos orales y patrones de SNN y SN, complementada con observación clínica y parámetros fisiológicos.
3. Lakoff 2024	Agarre, características de la succión, transferencia de leche, resistencia/fatiga y tolerancia durante la progresión alimentaria.	Progresión y tolerancia durante las experiencias de alimentación oral; valoración de la seguridad alimentaria según la evolución clínica.	Evaluación clínica interdisciplinaria de la alimentación; observación del desempeño alimentario y pruebas con colorante en el contexto de la traqueostomía como parte de la valoración de seguridad.

Nota: SNN: succión no nutritiva; SN: succión nutritiva; SpO_2: saturación periférica de oxígeno.

Tabla 6. Características de las intervenciones dirigidas a la función oral y alimentación y resultados reportados

Estudio	Tipo de intervención	Componentes principales	Modalidad/progresión	Resultados reportados
Asgarshirazi 2023	Estimulación sensorimotora oral	Masaje, presión y movimientos dirigidos a lengua, labios, encías, mejillas, mandíbula y paladar; estimulación asociada con succión nutritiva y no nutritiva.	Intervención antes de la alimentación. Los padres recibieron entrenamiento para continuar las maniobras de estimulación oral.	Los autores reportaron disminución de los signos y síntomas de disfagia evaluados después de la intervención y durante el seguimiento.
Lima 2024	Intervención fonoaudiológica sensorimotora y progresión de la alimentación	Manipulaciones digitales intraorales y extraorales; SNN con dedo enguantado; posteriormente SNN al pecho, *finger-feeding* y succión nutritiva.	Intervención individualizada y progresiva, adaptada a la evolución clínica y al desempeño alimentario del recién nacido.	Se observaron cambios favorables en los reflejos orales y patrones de SNN y SN, con progresión desde la alimentación por sonda orogástrica hasta la vía oral exclusiva.
Lakoff 2024	Abordaje interdisciplinario para la progresión de la alimentación oral	Experiencias orales positivas, SNN y progresión gradual hacia alimentación oral, biberón y lactancia materna directa.	Progresión individualizada según seguridad, tolerancia, resistencia y desempeño alimentario; participación de fonoaudiología dentro del equipo interdisciplinario.	Se documentó progresión de las experiencias de alimentación oral hasta la lactancia materna directa, con ajustes según la respuesta clínica y alimentaria del lactante.

Nota: SNN: succión no nutritiva; SN: succión nutritiva.

Anexo 1: Términos de la estrategia de búsqueda

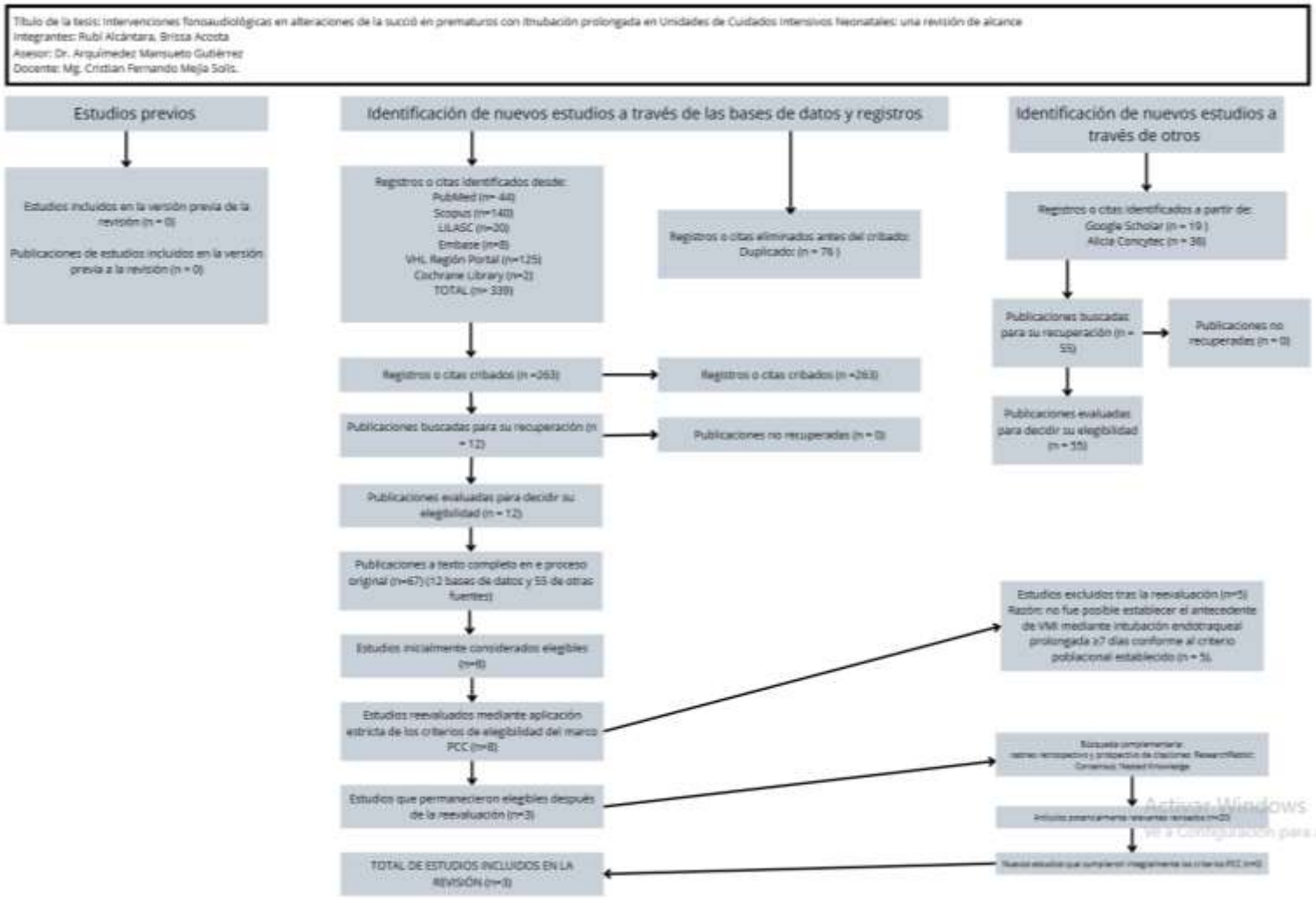
Base de datos	Algoritmos de búsqueda	Resultados
Pubmed	("Infant, Premature"[Mesh] OR "premature infant" OR "premature infants" OR "preterm infant" OR "preterm infants" OR "neonatal prematurity" OR "prematurity, neonatal" OR "Infant, Newborn"[Mesh] OR "newborn" OR "neonate" OR "neonates" OR "newborn infant") AND ("Intubation, Intratracheal"[Mesh] OR "intubation, intratracheal" OR "endotracheal intubation" OR "prolonged intubation" OR "long-term intubation" OR "Intubation"[Mesh] OR "mechanical ventilation" OR "invasive ventilation" OR "ventilated infant" OR "neonatal mechanical ventilation") AND ("Myofunctional Therapy"[Mesh] OR "orofacial myotherapy" OR "oral myotherapy" OR "orofacial myology" OR "facial-oral tract therapy" OR "FOTT" OR "Physical Stimulation"[Mesh] OR "oral stimulation" OR "sensorimotor stimulation" OR "oral sensorimotor intervention" OR "non-nutritive sucking stimulation" OR "oromotor intervention" OR "Speech Therapy"[Mesh] OR "feeding therapy" OR "oral motor therapy" OR "rehabilitation"[Mesh] OR "habilitación" OR "early intervention"	**6**

	OR "Early Intervention (Education)"[Mesh] OR "early feeding intervention" OR "pre-feeding intervention") AND ("Sucking Behavior"[Mesh] OR "non-nutritive sucking" OR "nutritive sucking" OR "sucking reflex" OR "sucking behavior" OR "suckling" OR "suckling behavior" OR "sucking difficulties" OR "sucking disorder" OR "oral dysfunction" OR "feeding difficulties" OR "feeding disorder" OR "Deglutition Disorders"[Mesh] OR "oromotor dysfunction")	
Embase	[(exp Infant, Premature/ or (preterm or premature).ti,ab.) AND (exp Infant, Premature/ or (preterm or premature).ti,ab.) AND (exp sucking/ or exp feeding behavior/ or (sucking or feeding).ti,ab.) AND ((oral stimulation or oral motor or oromotor or speech therapy or oral therapy).ti,ab.)]	**8**
VHl Regional Portal	(premature OR preterm) AND (sucking OR suction OR feeding) AND (intubation OR "mechanical ventilation" OR ventilated OR ventilação) AND (oral OR oromotor OR fonoaudiolog* OR "speech therapy" OR estimulación)	**125**
Cochrane Library	("Neonatal Intensive Care Units" OR NICU OR "neonatal intensive care")	**2**
Lilacs	((prematuro OR prematuros OR "infante prematuro" OR preterm OR "preterm infant" OR "preterm infants" OR neonato OR neonatos OR "recién nacido" OR "recien nacido" OR newborn OR newborns) AND ("intubación prolongada"	**20**

	OR "intubacion prolongada" OR "intubación orotraqueal" OR "intubacion orotraqueal" OR "intubação traqueal" OR "intubação prolongada" OR "endotracheal intubation" OR "intratracheal intubation" OR "ventilación mecánica" OR "ventilacion mecanica" OR "ventilação mecânica" OR "mechanical ventilation" OR "invasive ventilation" OR "ventilated infant" OR "prolonged mechanical ventilation")) AND (("succión" OR "succion" OR "non-nutritive sucking" OR "nutritive sucking" OR "sucking reflex" OR "sucking behavior" OR "suckling" OR "suckling behavior" OR "dificultad de succión" OR "alteración de succión" OR "sucking disorder" OR "sucking difficulties" OR "feeding difficulties" OR "feeding disorder" OR "dificultades de alimentación" OR disfagia OR "transtorno de deglutição") AND ("terapia miofuncional" OR "myofunctional therapy" OR "orofacial myotherapy" OR "oral myotherapy" OR "orofacial myology" OR FOTT OR "estimulación oral" OR "estimulación orofacial" OR "sensorimotor stimulation" OR "estimulación sensoriomotora" OR "oral sensorimotor intervention" OR "non-nutritive sucking stimulation" OR "oromotor intervention" OR "intervención oromotora" OR "feeding therapy" OR "speech therapy" OR "terapia de alimentación" OR "terapia de deglución" OR "rehabilitación" OR "rehabilitacion" OR "habilitación" OR "habilitacion" OR "early intervention" OR "intervención temprana" OR "pre-feeding intervention"))	
Scopus	(premature OR preterm) AND (sucking OR suction OR feeding) AND (intubation OR "mechanical ventilation" OR ventilated OR ventilacao) AND (oral OR oromotor OR fonoaudiolog* OR "speech therapy" OR estimulacion)	**140**
Alicia Concytec	alteración AND succión AND UCIN	**36**
Google Scholar	("non nutritive sucking" OR "sucking difficulty" OR "oral feeding" OR "feeding readiness" OR "oral stimulation" OR "oral motor" OR oromotor OR "orofacial therapy" OR "speech therapy") AND ("preterm infant" OR "premature infant" OR neonate OR newborn) AND ("prolonged intubation" OR	**19**

	intubation OR "mechanical ventilation") AND ("neonatal intensive care" OR NICU)	

Anexo 2: Modelo del Gráfico Prisma



Anexo 3. Definición operacional de variables

Variable / subvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo / escala
1. Características clínicas del neonato	Neonatos prematuros (<37 semanas de gestación) con antecedente de ventilación mecánica invasiva mediante intubación endotraqueal prolongada, operacionalizada en la presente revisión como una duración ≥7 días, atendidos durante el periodo neonatal en UCIN o en seguimiento clínico vinculado a su hospitalización. (1,4,9,22).	Información clínica y perinatal reportada en los estudios incluidos, relacionada con edad gestacional, peso al nacer, comorbilidades y antecedente de VMI mediante intubación endotraqueal. La duración se consideró cuando fue reportada directamente o pudo establecerse mediante una cronología clínica inequívoca.	• Edad gestacional (semanas). • Peso al nacer (g), cuando fue reportado. • Presencia de comorbilidades. • Antecedente de VMI mediante intubación endotraqueal. • Duración de VMI/intubación, cuando fue reportada o pudo establecerse mediante cronología clínica.	Clínica / demográfica. • Razón: edad gestacional y peso. • Nominal dicotómica: comorbilidades e intubación prolongada (sí/no). • Razón: duración de VMI/intubación.
Subvariable: Datos perinatales	Características perinatales de los neonatos prematuros (<37 semanas de gestación) reportadas en los estudios incluidos.(1,21,23).	Información perinatal relacionada con la edad gestacional al nacimiento y el peso al nacer, cuando estos datos fueron reportados.	• Edad gestacional al nacimiento (semanas). • Peso al nacer (g).	Clínica / demográfica. • Razón: edad gestacional. • Razón: peso al nacer.

Subvariable: Condiciones clínicas asociadas	Enfermedades, complicaciones o condiciones clínicas reportadas en los neonatos prematuros incluidos que pudieran coexistir con las dificultades de alimentación.(4,24,25)	Registro de las comorbilidades y condiciones clínicas documentadas por los autores de los estudios incluidos.	• Presencia/ausencia de comorbilidades. • Tipo de comorbilidad o condición clínica reportada.	Clínica. • Nominal dicotómica: presencia/ausencia. • Nominal: tipo de condición clínica.
Subvariable: Variables relacionadas con la intubación	Antecedente de VMI mediante intubación endotraqueal prolongada, operacionalizada como una duración ≥7 días durante el periodo neonatal.(4,6,9,22)	Registro del antecedente y duración de la VMI mediante intubación endotraqueal, establecido a partir de la duración reportada directamente por los autores o mediante una cronología clínica inequívoca.	• Antecedente de intubación prolongada. • Duración de VMI/intubación (días), cuando fue reportada o pudo establecerse mediante cronología clínica.	Clínica. • Nominal dicotómica: intubación prolongada (sí/no). • Razón: duración en días, cuando corresponda.
2. Alteraciones de la succión y función alimentaria	Alteraciones o dificultades relacionadas con la succión nutritiva y no nutritiva, los reflejos orales, la deglución y el desempeño durante la alimentación oral en neonatos prematuros.(4,5,13,17).	Presencia y características de las dificultades de función oral y alimentaria identificadas mediante evaluación clínica, observación del desempeño alimentario, parámetros fisiológicos, cuestionarios u otros procedimientos reportados por los autores.	• Características de SNN y SN. • Reflejos orales. • Signos/síntomas de disfagia. • Dificultades de coordinación durante la alimentación, cuando fueron reportadas. • Tolerancia fisiológica. • Transferencia de leche. • Resistencia/fatiga. • Clasificación o puntuación, cuando corresponda.	Clínica / funcional. • Nominal: tipo o presencia de alteración. • Ordinal: clasificación/categoría, cuando corresponda. • Razón: puntuación o parámetro cuantitativo, cuando corresponda.

3. Intervenciones terapéuticas	Estrategias dirigidas a favorecer la función oral, la succión y la progresión de la alimentación en neonatos prematuros, implementadas mediante intervención fonoaudiológica o dentro de un abordaje interdisciplinario con participación de fonoaudiología.(26-28,18).	Registro y clasificación de las intervenciones descritas según sus componentes, modalidad de aplicación, progresión y profesionales involucrados, incluyendo estimulación oral o sensorimotora, SNN y estrategias de progresión de la alimentación oral.	• Tipo de intervención. • Componentes. • Modalidad de aplicación/progresión. • Frecuencia y duración, cuando fueron reportadas. • Profesionales involucrados. • Resultados reportados durante el proceso de intervención.	Metodológica / temporal. • Nominal: tipo, componentes y modalidad. • Razón: frecuencia y duración, cuando corresponda.
Subvariable: Estimulación oral/sensorimotora	Estrategias de estimulación táctil y sensorimotora dirigidas a las estructuras y funciones orales con el propósito de favorecer las habilidades necesarias para la alimentación.(26,28,17,19).	Registro de las técnicas de estimulación oral o sensorimotora descritas, incluyendo manipulaciones intraorales y extraorales, masaje, presión o movimientos de estructuras orales.	• Tipo de técnica. • Frecuencia, cuando fue reportada. • Duración, cuando fue reportada.	Terapéutica / temporal. • Nominal: tipo de técnica. • Razón: frecuencia y duración, cuando corresponda.
Subvariable: Succión no nutritiva	Estrategia de estimulación de la succión realizada sin transferencia de alimento, utilizada como parte de la preparación o progresión de las habilidades orales para la alimentación.(26,28,17,18).	Registro del uso de SNN mediante dedo enguantado, pecho u otros medios descritos por los autores, así como de su frecuencia y duración cuando fueron reportadas.	• Modalidad de SNN. • Frecuencia, cuando fue reportada. • Duración, cuando fue reportada.	Terapéutica / temporal. • Nominal: modalidad. • Razón: frecuencia y duración, cuando corresponda.
Subvariable: Progresión de la alimentación oral	Proceso gradual de incorporación y avance de las experiencias de alimentación oral de acuerdo con las condiciones clínicas, la seguridad y el	Registro de las estrategias utilizadas para iniciar, adaptar y progresar la alimentación oral, incluyendo las modalidades alimentarias empleadas y los	• Modalidad de alimentación. • Secuencia/progresión alimentaria. • Criterios clínicos de progresión, cuando fueron reportados. •	Clínica / funcional. • Nominal: modalidad de alimentación. • Ordinal: etapa de progresión, cuando corresponda.

	desempeño alimentario del neonato.(27,18,20).	criterios clínicos descritos para su avance.	Modalidad de alimentación oral alcanzada.	
4. Resultados clínicos	Cambios o resultados relacionados con la función oral, la succión, la deglución, la tolerancia alimentaria y la progresión hacia la alimentación oral reportados después de la intervención o durante el seguimiento clínico. (4,26-29).	Resultados clínicos y alimentarios reportados por los estudios incluidos después de las intervenciones o durante el seguimiento, considerando únicamente los desenlaces efectivamente informados por cada estudio.	• Cambios en signos/síntomas de disfagia. • Cambios en reflejos orales y patrones de SNN/SN. • Progresión hacia la alimentación oral. • Modalidad de alimentación alcanzada. • Tolerancia y seguridad durante la alimentación. • Otros desenlaces clínicos o alimentarios reportados.	Clínica / funcional / temporal. • Nominal: presencia/ausencia del resultado. • Ordinal: progresión o categoría clínica, cuando corresponda. • Razón: medidas cuantitativas, cuando sean reportadas.

Anexo 4: Formulario para extracción de datos

Referencia	Autor	Año	País / región	Diseño del estudio	Objetivo	Población / muestra	Edad gestacional	Peso al nacer	Contexto clínico	Antecedente de VMI mediante intubación endotraqueal prolongada ≥7 días	Duración de VMI / intubación	Forma de establecimiento de la duración	Condiciones clínicas asociadas

Referencia	Alteraciones de la succión y función alimentaria	Procedimiento de evaluación	Instrumentos / parámetros evaluados	Tipo de intervención	Componentes de la intervención	Profesionales involucrados	Frecuencia / duración	Modalidad o progresión de la alimentación	Medición de resultados	Principales hallazgos	Resultados clínicos / alimentarios	Medidas cuantitativas	Limitaciones