

# Problemas de la alimentación en lactantes. Tercera parte: tratamiento

(Feeding Problems in Infants.  
Third Part: Treatment)

Zulma I. Campos-Montero

## Revisión

ISSN 1409-0090/2010/22/1/71-77  
Acta Pediátrica Costarricense, ©2010  
Asociación Costarricense de Pediatría

Servicio de Neonatología, Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", Caja Costarricense de Seguro Social

**Abreviaturas:** VFD: Videofluoroscopia de la deglución

SNN, succión no nutritiva; PCI, parálisis cerebral infantil; NVO, nada por vía oral; SDR, succión-deglución-respiración.

**Correspondencia:** Dra. Zulma I. Campos Montero Apartado 1732-2050 Costa Rica, correo electrónico: zcamposm@gmail.com

### ✓ *Resumen*

Cuando se presenten dificultades para la alimentación en la infancia, la intervención debe ser activa, eso incluye la toma de decisiones médicas y/o quirúrgicas, protección de la vía aérea y suministro del aporte calórico idóneo para las necesidades del infante. Se deben además brindar estrategias maduracionales para su nivel de desarrollo alimentario actual y para irle llevando a adquirir las habilidades esperadas en el futuro cercano y tardío según su edad.

**Descriptores:** estadio ideal, nutrición, alimentación infantil, succión en seco

### ✓ *Abstract*

When there are feeding problems in infancy, intervention must be very active. Medical and or surgical decisions must be taken as soon as possible. Also is necessary to protect the respiratory tract and bring nutritional support for the actual needs of the infant. Strategies to help the child in his actual maturational feeding level as well as strategies that will help to achieve other more mature milestones in the future must be developed.

**Key words:** ideal stage, nutrition, infant feeding, non-nutritive sucking

La intervención que se realice en los lactantes pequeños con dificultades para alimentarse debe ser activa incluye ofrecerle estrategias y darle seguimiento. El abordaje terapéutico caracterizado por la solicitud de una videofluoroscopia (VFD) cada año, no tiene ningún resultado, ver y esperar a ver qué pasa, no ha demostrado resolver el problema ni ayudar al infante ni a su familia (1-2).

Múltiples estrategias pueden ponerse en práctica para mejorar la ejecución de un bebé afectado. Se recomienda hacer cambios en posición, textura, tamaño del bolo, tiempo de presentación entre un bolo y otro, cambio de utensilios etc. Cada bebé requiere un abordaje individualizado que haga un balance de los riesgos y los beneficios de lo que se le propone. El tratamiento se inicia una vez que los problemas médicos hayan sido resueltos.

### ✓ *Estrategias de manejo general*

Utilizar varios y diferentes utensilios (chupón, taza, cucharita), ya que podría haber alguno con el cual el bebé logre alimentarse mejor o en forma totalmente normal. Las estrategias

generales van dirigidas a mejorar la succión en su mecanismo de bomba y la deglución. Deben ofrecer experiencias maduracionales y sensoriales y deben nutrirle adecuadamente cuidando la vía aérea (3-6).

**Preparación, estado y organización:** Esta parte del tratamiento incluye únicamente cambios en el ambiente, hay niños que en un ambiente luminoso se muestran más activos para alimentarse, mientras otros necesitan una penumbra relativa. Especialmente si están internados en unidades neonatales, se sienten amenazados por el exceso de estímulos, "se desconectan", se aíslan, para protegerse de tanta actividad que les agobia, eso les impide dedicar esfuerzos a la alimentación. Debemos inicialmente identificar si el paciente es afectado a la hora de alimentarse por alguna de estas variables.

El estadio ideal para la alimentación es alerta calmado con ojos abiertos, atento, rostro tranquilo y movimientos organizados y bien modulados. Si se encuentra semidormido, se puede llevar al estado de alerta, moviéndole, hablándole y tocándole. Si más bien está irritable, desorganizado, inquieto, se tratará de llevar al estado de alerta calmado reduciendo estímulos como envolverlo, mecerlo, hablarle despacio con voz suave, ponerle música suave, rítmica y con poco volumen. Si el infante presenta problemas de tono, estos afectan la postura y el estado del niño, lo cual puede comprometer el control fisiológico, la función motora oral y con ello la alimentación.

**Succionar en seco (SNN):** Con una chupeta estéril, o con el dedo de la mamá (con un guante) introducido dentro de la boca, aplicar cada tres horas, para que practique SNN durante 10 minutos coincidiendo con la administración de su leche (por cualquier vía alternativa). Succionar en seco le ayudará al bebé que no sabe succionar o debe mejorar, impedirá el desuso de estructuras, le permitirá asociar succión con saciedad y no olvidar la succión para cuando ya se le permita la succión al seno o chupón. Eliminar el uso de chupeta en cuanto haya aprendido a succionar y pueda recibir leche por boca, para pasarle a que practique habilidades más avanzadas, como usar sus manos etc.

**Experiencias sensoriales normales placenteras:** Deben facilitarse a todo lactante, pero principalmente a quienes tengan imposibilitada la vía oral. Incluye llevarse manos a la boca, juguetes a la boca, y experimentar sabores y olores fuertes como clavo de olor, vainilla y menta que pueden iniciar el reflejo de succión (5). Se recomienda ofrecerle el sabor de leche, cada vez que practique SNN. Se aplica con el dedo de la madre apenas humedecido.

A partir de los 3-6 meses conviene que reciba variedad de sabores (también con el dedo apenas humedecido) para que no se prive de la posibilidad de estimular sus receptores, eso puede además contribuir a desencadenar sus reacciones de alimentación normales y sus preferencias alimentarias. Tener imposibilitada la vía oral, no debe privarle en la experimentación de sabores (7).

**Espesar:** No debe asumirse que espesar el líquido va a resolver el problema en todos los infantes disfágicos (4). Debe probarse su efecto en cada caso.

Se espesan los líquidos especialmente con la intención de retardar el flujo que llega a la faringe (8). Esta estrategia puede reducir el riesgo de aspiración en pacientes que tienen un inicio retardado de la deglución. Se usan texturas suaves o en puré, para facilitar un traslado seguro y eficiente del bolo en pacientes que tienen dificultad manipulando los sólidos o las texturas con partículas (9).

Los niños pequeños con Parálisis Cerebral Infantil (PCI), cambian su patrón deglución-respiración dependiendo si reciben líquidos o pudín. Ellos son especialmente propensos a inspirar después de la deglución cuando reciben líquidos por el escaso control del bolo que realizan. Con pudín se evita que esto suceda porque se retarda la duración de la apnea deglutoria (10).

Algunos bebés no sienten el bolo líquido porque son hiposensibles al consumo oral y tienen respuestas disminuidas al sabor, a la temperatura y a la propiocepción, ellos se pueden beneficiar de sabores fuertes, temperaturas extremas y textura más consistente que el puro líquido (11), necesitan un bolo más pesado. Espesarlo les permite sentirlo, organizarlo y trasladarlo mejor. Espesar la leche con cereal, o hacerle un atol, podría ser la única estrategia necesaria en algunos casos. Se debe ir probando cuál viscosidad es la que ese bebé requiere.

Todo este proceso se llevará a cabo durante la valoración alimentaria, el mismo día, de modo que al concluir dicho proceso se tiene claro cuál estrategia y grado de espesor necesita. Los resultados se van midiendo ahí mismos, al ver cómo su capacidad de alimentarse se ve modificada con los cambios que se van realizando. Puede ser una a dos cucharaditas de cereal de arroz por onza de leche. Algunos bebés que necesitan leche bien espesa, también necesitan que el hueco de la tetina sea agrandado, esto permite que la leche fluya.

**Experimentación de diversas consistencias:** la experimentación de diversas consistencias es una fase

preparatoria muy importante para todos los bebés, especialmente para los que no reciben alimentos por boca. Les permitirá en el futuro, tolerar la cuchara en la boca, cambios de textura y trozos de comida. Se realiza poniéndole a masticar cosas duras como sacadientes y masticar el dedo de la mamá, u otros juguetes que sean seguros.

Si ya el bebé recibe alimentos por boca, pero no tolera pasar a texturas más gruesas, también se va a beneficiar de practicar diversas consistencias. Usar bollo de pan muy duro tostado ó refrigerado para ponerle a practicar dos veces cada día, todos los días, puede ser un buen inicio. Comience desde que el bebé ya logra mantenerse sentado y llevarse cosas a la boca con su propia mano. El bollo de pan duro no permite que el bebé le de un mordisco (o sea es seguro, pero sí le sirva como práctica con algo que ya es un alimento.

Cuando sea hábil con pan practique con galletas duras, siempre atento de vigilarle mientras lo hace. Algunos bebés intrépidos desean ingerir toda la galleta a la vez y pueden asustarse en el intento o asustar a sus padres. Algunos padres humedecen las galletas antes de darlas al bebé y esto hace que el efecto terapéutico se pierda. De igual forma parten trozos pequeños de galleta y la introducen en la boca del bebé. Esto es demasiado riesgoso porque cuando el bebé lo hace con su propia mano, primero humedece la galleta con su saliva, ésta se va suavizando y convirtiéndose en una papilla y luego es deglutida. Cuando los papás introducen directamente el trozo de galleta a la boca, no permiten al bebé hacer ese proceso. Es frecuente que escape de ahogar o se asuste por tener, de pronto, dentro de la boca un pedazo suelto de galleta, y no saber qué hacer. Luego de practicar por 3 meses, se pueden considerar cambios en la textura que recibe (5).

**Terapia de desensibilización:** el primer paso en la terapia desensibilizadora es eliminar las experiencias orales negativas que no son esenciales. Se requiere preparación con diferentes movimientos y texturas previas al inicio de la alimentación. Es sabio dedicar varios minutos a esto, haciendo al bebé rodar varias veces, ejerciendo presión firme en su cuerpo y masajes lo cual puede contribuir además a relajar el tronco y las extremidades. Se debe ir evaluando cuánto tolera el bebé, para ir incrementando progresivamente la intervención basados en su nivel de inicio.

Para los niños con hipersensibilidad la parte más segura para iniciar el masaje son las partes dístales como pies, piernas y brazos. Se usan paños secos, cepillos suaves,

paste, masajes y apretones gentiles como escurriéndole sus brazos y piernas.

El siguiente paso que es la desensibilización oral, siempre debe comenzar en la cara, frotando y palmeando las mejillas, gradualmente llegar a los labios, aplicar presión firme de arriba hacia abajo en el labio superior y de abajo hacia arriba en el inferior y pequeños apretones en las comisuras de la boca. Una vez que el bebé acepta esta estimulación táctil, se masajean las superficies externas de las encías.

Eventualmente pueden presentarse alimentos, pasando de líquidos a purés finos y comida de mesa.

El tiempo que necesita cada bebé para llegar a la tolerancia táctil es variable y dependerá de la severidad y de las experiencias previas. Se recomienda que se practiquen estos ejercicios tres veces al día, en la mañana, en la tarde, en la noche, tres pasadas cada vez. Los niños que tienen hipersensibilidad al tacto, pueden persistir con dificultades de alimentación mientras no hayan resuelto esa hipersensibilidad (5, 12,13).

Incremento escalonado sutil de la textura del alimento ofrecido: los infantes que tienen problemas para alimentarse frecuentemente presentan severa selectividad hacia la comida. Para muchos de ellos consumir alimentos con textura gruesa puede ser altamente aversivo ya que les puede ocasionar náuseas y potencialmente peligroso por el riesgo de broncoaspirar. El tratamiento en estos casos incluye la adición gradual lenta de texturas cada vez mayores, pero de una forma sutil, de modo que el paciente casi no se de cuenta, porque experimenta por varias semanas la textura predilecta, que en el siguiente paso, en las próximas semanas, es apenas un poco más gruesa que la previa. Sucesivamente cada 2 a 4 semanas se harán modificaciones.

**Ejemplo:** la mamá acostumbra majar y mezclar una papa con suficiente líquido (media taza) y luego colarla, obteniendo jugo de papa. Cada vez que intenta pasar de esa textura a papa majada con tenedor y apenas humedecida, el bebé rechaza activamente el alimento y lo escupe. El plan es reducir de ese jugo una cucharadita de agua, luego dos cucharaditas, luego tres etc. Esto debe de ir acompañado de estrategias, donde el bebé se va familiarizando con la exploración de sus manos, juguetes, bollos (aproximadamente en un lapso de 3 meses). Ambos abordajes permitirán ofrecerle un puré menos acuoso y más denso. Para cuando esté mucho menos fluido, ya podría dejar de colarse y probar si el bebé lo tolera (14).

## ✓ Estrategias de manejo dirigidas

Es necesario identificar para cada caso las maniobras específicas que le ayudarán, para hacer un aborde puntual del área o áreas afectadas a la hora de la ejecución. Aplicar solo lo que sea necesario para su caso (6).

**Hipotonía facial:** si durante la valoración se identifica que el bebé tiene hipotonía, aplicar golpecitos en esas estructuras, vibración y jaloncitos. También aplicar cuando la pausa entre succiones dura más de dos segundos.

**Hipertonía facial:** si el bebé manifiesta hipertonía, posicionarle bien es el primer paso a seguir. Aplicar presión firme con los dedos a los lados de la nariz, y labios. El tono se puede reducir también “ensanguchando” la mejilla entre dos dedos extendidos, y batiéndola, o “ensanguchando” los labios de la misma forma.

**Retracción de la lengua:** cuando los bebés presentan retracción de la lengua, también deben ser bien posicionados. Si hay alteraciones del tono corporal, se debe iniciar fisioterapia. Aplicar movimientos sobre la lengua de proximal a distal batiendo, golpeteando y apretando. Monitorizar si la intensidad del estímulo es tolerada por el bebé.

**No hace surco en su lengua:** en caso de que no haga surco en la lengua, hacer presión hacia abajo, en la mitad de la lengua y suaves apretones hacia adentro.

**Excesiva elevación de la punta de la lengua:** si el hallazgo es excesiva elevación de la punta, se debe posicionar bien al bebé. Practicar movimientos de barrido sobre la lengua, seguidos de presión hacia abajo. Estimular los labios y la mandíbula hacia abajo para que abra con más facilidad.

**Protrusión de la lengua:** los bebés que protruyen la lengua, deben ser bien posicionados. Se recomienda presionar firmemente en el centro de la lengua moviéndose de la punta hacia la base (no al revés).

**No abre espontáneamente su boca:** cuando no hay apertura espontánea de la boca, se debe trabajar sobre el grado de alerta para conseguir animarle. Estimular el reflejo de búsqueda. Hacer presión hacia abajo en la mandíbula para que la abra. Si lo que el bebé hiciera es prensar, trabajar con vibración y presión en las encías del centro hacia atrás.

**Succión débil:** si hay succión débil, conseguir

estabilidad oral hace que succione con más fuerza y que sus movimientos sean más efectivos. Aplicar soporte firme a las mejillas y mandíbula. Puede darse apoyo con las yemas de los dedos del examinador a las mejillas del bebé, a la mandíbula o a ambas. Se consigue colocando el pulgar y el índice, cada uno en una mejilla, y realizar el movimiento como “de apretar los cachetes” con esos dos dedos, además con el dedo del corazón de esa misma mano, flexionado, se puede dar soporte a la mandíbula, la idea es que esos tres dedos aprietan (al unísono) durante el tiempo en que el bebé succiona. Es especialmente útil en prematuros y bebés hipotónicos con mejillas suaves y mandíbula inestable que impide una succión efectiva. En ellos lo usual es que no terminan la toma o duren mucho.

**Succión ausente:** se recomienda trabajar con un guante directamente dentro de la boca. Introducir la yema del índice hacia arriba, desplazar el dedo de adentro hacia fuera rastrillando el paladar, al llegar a la encía superior, volver el dedo y dejarlo caer sobre el centro de la lengua como haciéndole un hoyo, luego continuar presionando sobre la lengua para lograr desencadenar la succión. Humedecer el dedo con leche. Practicar durante 10 minutos acompañando al momento en que se le está pasando la leche por sonda o gastrostomía, para que asocie succionar con saciedad.

**Excesiva excursión de la mandíbula:** estos infantes necesitan ser bien posicionados. Aplicar presión firme debajo de la mandíbula. Hacer la prueba de posicionarle con el cuello en flexión extrema para ver si su ejecución mejora. La terapia neuromotora general puede ser necesaria.

**Débil sello labial:** si el sello labial es débil, se debe trabajar la hipotonía y la excesiva excursión de la mandíbula si estuvieran presentes. El soporte directo a las mejillas y labios puede ayudarle a mejorar el sello alrededor de los labios.

**Le cuesta comenzar a succionar:** si presenta un reflejo de búsqueda muy exagerado y mueve la cabeza de lado a lado (como alocadamente), se recomienda estabilizar con firmeza a través de una adecuada posición y control de la cabeza, puede ser necesario también sostenerle de las mejillas, para darle un punto de referencia central. Si abre excesivamente la boca y no puede graduar el cierre para adosarse a la areola debido a tono aumentado, la vibración en mandíbula le relajará y permitirá regular el cierre bucal, así como sostenerle firmemente la mandíbula para asistirle en el cierre. Si esto sucediera por movimientos anormales de la lengua, las estrategias previamente descritas le

pueden ayudar. Si está escasamente organizado, tiene hipersensibilidad o un problema neurológico de tono aumentado, trate específicamente cada hallazgo.

**Ejercicios para la deglución:** para llevar a cabo una deglución nítida, es necesario tener control de los labios, la lengua, la mandíbula, las mejillas y poder coordinar. Por esa razón para facilitar una deglución normal, también es necesario incorporar técnicas generales y de control de la mandíbula.

• **Estadio y posición ideal.**

En algunos niños es bien despierto y en otros un poco dormido, adecuadamente posicionado, y en un momento en que esté cercana la hora de tomar (con apetencia)

• **Estimular sabores, olores y succión.**

Ofrecer sabor de leche y olores. Estimular SNN con dedo y luego de varias salvas, ofrecer la leche del chupón. Si no logra deglutirla y más bien derrama o inicia síntomas respiratorios como aleteo nasal, sonidos bronquiales o cambios en el monitoreo de FC, FR u oxigenación, suspender la prueba. Revisar si la tetina derrame mucho y probar con una de flujo menor.

• **Leche espesada o fría**

Corroborar si los síntomas desaparecen al dar leche espesa. Usar también leche muy fría, sacada del refrigerador, esto puede ocasionar que de inmediato degluta sin problemas, lo frío actúa sobre los receptores de la orofaringe y desencadena la deglución.

• **Apoyo a mejillas y mandíbula y presión gentil**

Se aplica como en succión débil. Presionar gentilmente hacia arriba y hacia abajo en dirección de la garganta. En pacientes que más bien tienen la mandíbula hacia atrás, el movimiento debe ejercerse hacia arriba.

• **Decir**

Presionar la base de la garganta desencadena la deglución en forma inmediata, si además se le dice "trague", el bebé se comienza a acostumbrar a tragar y posteriormente podría tragar con solo recordárselo.

• **Estimular la boca por dentro**

Generalmente esto produce un aumento de saliva, que debe contribuir a desencadenar la deglución. La siguiente secuencia es recomendada: Con la yema del dedo índice realizar masaje en la encía superior del centro hacia los lados, haciendo círculos, 4 veces en lado derecho luego el izquierdo, luego realizar lo mismo en la encía inferior cuatro veces en lado derecho e izquierdo. Con una cuchara o un

baja lenguas, aplicar presión sobre la lengua en su parte media, como caminando sobre la lengua 3 veces. Para un total de 19 estimulaciones.

Si con ninguna de las aplicaciones previas se logra que degluta se continuará la práctica de SNN y se le administrarán gotas de agua con gotero. De una en una, se le da la gota, y se presiona la base de la garganta, y se le dice en voz alta que trague. Si el bebé logra deglutir las gotas de agua se continuará esta práctica por varios días y se volverá a tratar de dar con chupón de nuevo en los próximos días. Retraso en el inicio de la deglución: el retraso en el inicio de la deglución puede compensarse ofreciendo sustancias refrigeradas como pudín, yogurt, helados, leche materna refrigerada o fórmula refrigerada. Si no recibe por boca (NVO), se recomienda permitirle que practique con una chupeta refrigerada, ésta enfriará su propia saliva y podría servir para desencadenar la deglución.

Cuando el retraso es porque no forma el bolo, no habrá suficiente presión para el inicio de la deglución. Ayudará ponerle a hacer pausas, se le da el seno o biberón, y luego de una succión se retira, hacer la pausa le permite organizar mejor el proceso.

Se puede estimular SNN, luego con un gotero se le administra un pequeño bolo de solución salina de 0.1 a 0.5 cc. También se puede aplicar una sondita en la comisura, y mientras succiona se le administran pequeños bolos.

Espesar la leche materna o la fórmula, con cereal de arroz, una cucharadita para dos onzas, puede ser suficiente para que le sea más fácil formar el bolo e iniciar la deglución (15).

**Aspira durante la deglución:** aspirar después de la deglución sucede por escaso cierre laríngeo. Puede mejorarse con posición óptima como la descrita en postura pero además con la cabeza discretamente semiflexionada. Si se usa un chupón angulado o una copa de 30ml, se consigue que el bebé no extienda la cabeza para obtener el alimento con lo cual el cierre laríngeo se facilita. Espesar el bolo además contribuye a que el alimento mantenga su cohesión, no se desgrane y al ser tragado, no haya partes que se desprenden y vayan a la vía aérea.

**Aspira después de la deglución:** sucede porque quedan residuos sólidos o líquidos en la faringe, que luego se aspiran. Se presenta por escasa perístasis faríngea, por disfunción de los músculos cricofaríngeos o por escasa gradiente en la presión que empuja el bolo. Es una situación muy difícil de resolver. Puede ser de ayuda dar

líquidos muy finos o más bien muy espesos. Deberá definirse si alguna de las opciones ayuda. Se puede intentar ofrecer un solo trago y luego que practique succión seca, eso puede ayudar a limpiar los restos que quedaron. No coordina succión-deglución-respiración (SDR): no existen intervenciones específicas para mejorar la coordinación SDR. El abordaje general incluye trabajar estado, postura, tono y organización.

Cuando la incoordinación es por apnea inducida por la alimentación, el caso típico es que no hace descansos mientras toma, no respira, hace apneas, desatura y hace bradicardia. Darle la pausa externamente le permitirá respirar. Se hace permitiéndole al bebé que succione, pero solo 5 veces y se le suspende la toma, así respira y descansa y va aprendiendo a hacer sus propias pausas. Se le continuarán haciendo salvas de succión de 5 con descansos obligados al retirarle el seno o chupón. Este método es muy efectivo a corto plazo (8). También puede presentarse como un bebé que hace pequeñas salvas de succión, sólo 2 ó 3 succiones y muchas respiraciones. Adaptativamente se alimenta de esta forma, porque tiene dificultades con la deglución y o dificultades respiratorias, necesita las pausas para respirar y organizarse. Es necesario darle tiempo y tratar la deglución. La tetina auto controlada de bajo flujo puede contribuir a sincronizarle al reducir el flujo (8).

### ✓ *Resultado final de la valoración alimentaria*

#### **Incluye considerar recomendaciones en cuatro niveles:**

- a. Decisiones médicas y quirúrgicas que contemplen a todo el niño y no sólo la parte de la alimentación.
- b. Protección de la vía aérea.
- c. Identificación y suministro del aporte calórico idóneo para las necesidades de ese infante
- d. Brindar las estrategias maduracionales apropiadas para su nivel de desarrollo alimentario actual y para llevarle a ir adquiriendo las habilidades esperadas en el futuro cercano y tardío.

### ✓ *Seguimiento*

Cuando los infantes que presentaron dificultades para alimentarse, son reevaluados a los 6, 12 y 17 meses, se evidencia que presentan más dificultades en la transición a la comida sólida, disfrute de los tiempos de comida y mayor sensibilidad en la cara, que quienes no presentaron problemas en el período neonatal. Esta población sigue requiriendo atención luego de haber resuelto sus dificultades iniciales de alimentación (16).

### ✓ *Alimentación por sonda*

La decisión de alimentar un bebé por tubo, no solo debe basarse en la presencia o no de aspiración, sino en el análisis de todo el caso. Debe acompañarse de un balance de riesgos y beneficios. En infantes médicamente frágiles, los beneficios de una adecuada nutrición en ausencia de aspiración, frecuentemente superan sus riesgos. Luego es necesario discutir el tipo de tubo que es apto para el caso. Hay tubos de alimentación temporales como los tubos oro y nasogástricos, que son fáciles de remover. Se indican en pacientes que van a requerir un método de alimentación no oral por un período corto de tiempo.

Si el paciente necesita un método de alimentación por tubo en forma prolongada, la gastrostomía y jejunostomía ofrecen una ruta semi-permanente de alimentación enteral.

Algunos pacientes con alimentación por tubo, pueden tomar pequeñas cantidades de comida y líquidos por boca. Esto dependerá de la seguridad con que deglutan y de la condición médica general del paciente. Otros pacientes no deben recibir absolutamente nada. El tratamiento debe iniciarse tan pronto como ese método alternativo se inicie (13).

**Efectos a largo plazo de la alimentación por sonda:** los infantes reciben alimentación por sonda están más propensos a ser incapaces de hacer una transición normal en la textura de los alimentos y a toser cuando se alimentan. Presentan más aversión oral; hipersensibilidad; retraso en los movimientos orales; disociación entre la actividad oral y la satisfacción del hambre; y más necesidad de prolongar el uso del tubo por las mismas consecuencia negativas de tener un tubo. Necesitan ayuda desde el inicio.

### ✓ *Referencias*

1. Duca A. Evaluation of swallowing in children with vomiting after feeding. *Dysphagia* 2008; 24:2 177.
2. Logemann J. Treatment of oral and pharyngeal dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin North Am* 2008 ;19: 4 803-816.
3. Rogers B, Arverdson J. Assessment of infant oral sensorimotor and swallowing function. *MRDDRR* 2005; 11: 74- 82.
4. Lau C, Hurst N. Oral feeding in infants. *Curr Probl Pediatr* 1999; 29:105- 124.
5. Copeland M, Kimmel J. Evaluation and management of infants and young children with developmental

- disabilities. Paul Brookes Publishing 1989. 145-191 Paul Brookes Publishing 1989. 145-191
6. Wolf L, Glass R. Feeding and Swallowing Disorders in Infancy. Therapy Skill Builders, 1992: 159-295
  8. Chantal L. Sucking and swallowing disorders in the newborn. Uptodate octubre 2008, version 16.3
  9. Steele C, van Lieshout P. influence of bolus consistency on lingual behaviors in sequential swallowing. Dysphagia 2004; 19: 192
  10. Rempel G, Mousavi S. The effect of viscosity on the breath-swallow pattern in young people with cerebral palsy. Dysphagia 2005; 20: 108.
  11. Arvedson J, Brodsky L, Reigstad D. Management of Feeding and Swallowing Problems. Pediatric swallowing and feeding. Fingular Thomson Learning 2002
  12. Sears C. Recognizing and coping with tactile defensiveness in young children. Inf. young Ch 1994; 6:4 46-53
  13. Gosa M, Mc Millan L. Therapeutic considerations for children and Infants with feeding tubes. Perspectives from the American Speech- Language Hearing Association, division 13. Octubre 2006.
  14. Shore B, Babbitt R, Williams K. Use of texture fading in the treatment of food selectivity. JApplied Behav Analisis 1998; 31: 621.
  15. Wolf L, Glass R. Feeding and Swallowing Disorders in Infancy. Therapy Skill Builders, 1992: 159-295
  16. Faherty A. Assessment and management considerations for oral feeding of the premature infant on the neonatal intensive care unit. Perspectives from the American Speech- Language Hearing Association, division 13. Octubre, 2006.