



Alimentación difícil en el paciente neonato, el enfoque estomatológico. Reporte de un caso

Problematic feeding in newborn patient, stomatological approach. Case report

Américo Durán Gutiérrez,* Érika Berenice Castillo Mancilla,[§] Eduardo de la Teja Ángeles,^{||}
Jaime A Ramírez Mayans[¶]

RESUMEN

Una de las funciones vitales en los recién nacidos es la alimentación, mecanismo que se lleva a cabo mediante la correcta succión y deglución, así como el de la respiración coordinada, que hacen posible que el neonato se alimente de forma adecuada. Sin embargo, en ocasiones encontramos pacientes que por sus características físicas, síndromes genéticos como Treacher-Collins, síndrome de Pierre Robin, fisura labio-alvéolo-palatina o neurológicas, retraso psicomotor y artrogriposis están condicionados a una alimentación difícil, por lo que es importante establecer un protocolo de atención de estos pacientes para que sean atendidos de forma más eficaz y no terminen en primera instancia con gastrostomías, así como la reintegración de las funciones para la alimentación posterior al uso de sondas, jeringas y otros dispositivos, por lo que el manejo multidisciplinario es fundamental para estos casos. Apoyándonos también en la revisión de la literatura de estos padecimientos, presentamos el seguimiento de un caso de una paciente con síndrome de Treacher-Collins con problemas para alimentarse en la etapa neonatal, así como el tratamiento recomendado hasta su completa reincorporación a la fisiología normal de la alimentación. Surge la necesidad de dar a conocer las características de estos pacientes y presentar las indicaciones para una atención estomatológica que no puede considerarse convencional.

Palabras clave: Técnicas de alimentación difícil, síndromes genéticos, multidisciplinario.

Key words: Difficult feeding techniques, genetic syndromes, multi-disciplinary.

ABSTRACT

One of the newborn's main functions in life is feeding. This vital mechanism is performed through proper suction and deglutition as well as coordinated respiration. These functions enable the newborn to feed properly. Nevertheless, sometimes, we find patients who, due to their physical characteristics, genetic syndromes (Treacher-Collins, Pierre Robin, lip and palate clefts) or neurological characteristics such as psycho-motor retardation or arthrogryposis, are conditioned to difficult feeding. It is therefore important to establish a treatment protocol to efficiently treat these patients, so they don't end up, as first instance, with gastrostomy cases. It is also important to recover functions, to enable feeding after the use of probes and syringes or other devices. A multidisciplinary approach is fundamental for these cases. Based on a scientific literature review of these cases, we present the case of a patient, presenting Treacher-Collins syndrome. The patient presented feeding difficulties in neonatal phase. We inform of recommended treatment up to the point of complete reinstatement to normal feeding physiology. We deem necessary to assess the characteristics of these patients as well as indications for treatment than cannot be considered conventional.

INTRODUCCIÓN

La alimentación significa un reto importante cuando el paciente presenta síndromes genéticos que involucran el desarrollo inadecuado del maxilo facial, síndromes genéticos como Treacher-Collins, secuencia o síndrome de Pierre Robin, espectro facio-aurículo-vertebral y todos aquellos que presenten fisura labio-alvéolo-palatina (*Cuadro I*), así como los que presentan trastornos neurológicos que condicionan a una alimentación complicada, por lo que es fundamental el desarrollo interdisciplinario para la adaptación, integración o reintegración a las funciones básicas de la alimentación.

Hasta el siglo XVIII, casi todos los recién nacidos que vivían eran amamantados por sus propias madres o por nodrizas, la lactancia materna era una apuesta de vida o muerte para los recién nacidos.¹

* Médico adscrito al Servicio de Estomatología Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría, Profesor Adjunto de la Especialidad.

§ Ex-residente de Estomatología Pediátrica del INP.

|| Jefe del Servicio de Estomatología Pediátrica del INP y Profesor Titular de Curso.

¶ Jefe del Servicio de Gastronomía del INP.

Cuadro I. Síndromes genéticos relacionados con dificultad para la alimentación.

Patología	Defecto estructural	Repercusión en la alimentación
Acondroplasia	Limitación de los movimientos de la cabeza por reducción del agujero magno	Complicaciones posturales al momento de la alimentación
Alagille	Cardiopatías	Dificultad respiratoria
Antley-Bixler	Hipoplasia maxilar, lengua pequeña y paladar hendido	Respiración oral, dificultad para la succión
Apert	Paladar hendido, dolicocefalia	Comunicación de la cavidad nasal con la cavidad bucal
Beckwith-Wiedemann	Macroglosia	Obstrucción de la vía aérea
Cornelia de Lange	Hipoplasia mandibular, trastornos neurológicos	Dificultad en la respiración, reflejos innatos disminuidos
Down	Hipotonía	Fuerza disminuida para llevar a cabo la succión
Epidermólisis bullosa	Fragilidad de las mucosas	Formación de bullas producidas por el seno materno o chupón
EFAV	Hipoplasia uni o bilateral maxilar y/o mandibular	Falta de sellado perioral
Freeman-Sheldon	Displasia muscular del orbicular de los labios	Fuerza disminuida para llevar a cabo la succión
Holoprosencefalia	Agenesia de la premaxila	Falta de sellado peribucal
Hay-Wells	Paladar hendido	Comunicación de la cavidad nasal con la cavidad bucal
Hunter	Hipertrofia amigdalina, macroglosia	Dificultad respiratoria
Klippel-Feil	Fusión de la columna cervical	Dificultad para una correcta postura para llevar a cabo la alimentación
Moebius	Agenesia de los núcleos del 6º y 7º par craneal	Falta de motilidad de los músculos periorales
Osteogénesis imperfecta	Fragilidad ósea	Riesgo de fracturas al momento de la succión
Patau	FLAP	Comunicación de la cavidad nasal con la cavidad bucal
Pierre Robin	Micrognatia, glosoptosis, FLAP	Dificultad respiratoria, comunicación de la cavidad bucal con la cavidad nasal
Prader-Willi	Retraso psicomotor	Alteración de los reflejos innatos
Rubinstein-Taybi	Retraso psicomotor, paladar hendido, hipomovilidad de la lengua	Alteración de los reflejos innatos, comunicación de la cavidad bucal con la cavidad nasal, dificultad para deglutir
Seckel	Micrognatia, glosoptosis, FLAP	Dificultad respiratoria, comunicación de la cavidad bucal con la cavidad nasal
Treacher-Collins	Micrognatia, paladar hendido	Dificultad respiratoria, comunicación de la cavidad bucal con la cavidad nasal
Velo cardio facial	Insuficiencia velopalatina, trastornos del 12º par craneal, cardiopatía	Dificultad en la deglución, dificultad respiratoria
William Beuren	Macroglosia, hipotonía, RPM	Dificultad respiratoria, dificultad para la succión y deglución, alteración de los reflejos innatos

El establecimiento de la lactancia materna depende de un proceso de adaptación y aprendizaje entre el bebé y su madre. Las primeras tomas al pecho, es decir, las primeras experiencias orales del bebé son de fundamental importancia para el desarrollo posterior de la lactancia.

La correcta alimentación depende de la madre, del bebé, de la técnica y de los factores ambientales que imperen en ese momento en particular, de ahí que sea un éxito o represente problemas para la vida del menor.²

Al nacimiento, la identificación de los reflejos adaptativos como la succión, la deglución y la búsqueda son necesarias para iniciar la alimentación. **El reflejo de búsqueda** es la reacción automática del bebé cuando se le acaricia la mejilla, que consiste en girar la cabeza hacia el lado que se está estimulando y comenzar a succionar.³ **La succión** es posiblemente el evento más importante durante la alimentación al pecho materno; mediante ésta, el niño transfiere leche desde el pecho a la cavidad bucal, al mismo tiempo que desencadena una serie de reflejos (liberación de prolactina y oxitocina) que regulan la síntesis y el flujo de leche. Ésta se evidencia mediante la correcta presión de los labios, así como la generación de presión negativa que lleve el alimento a la cavidad bucal.⁴ A pesar de la aparente naturalidad con que los neonatos degluten la leche que succionan, **el proceso de deglución** es aún ineficiente. Este acto fisiológico requiere una compleja coordinación neuromotriz, un mecanismo complejo⁵ que depende de la maduración del sistema nervioso. Cabe recordar que el proceso ocurre en tres estadios: uno voluntario y dos reflejos. Al terminar la masticación voluntaria de los alimentos en la fase bucal, el bolo alimenticio es llevado a las fauces, con lo cual se estimula la rica red nerviosa de la faringe y de manera refleja, el velo del paladar se eleva hacia la retrofaringe. La laringe se eleva también y la faringe prácticamente se cierra; las cuerdas vocales se aproximan y la respiración se interrumpe momentáneamente para dar por terminada la fase faríngea. Luego, la faringe se abre para permitir el paso del bolo al esófago, donde es impulsado al estómago con ondas peristálticas (Keele y Neil 1971). Más de 30 músculos entran en acción al realizar los movimientos descritos y, es lógico suponer que para la coordinación de todos ellos, es necesario que el sistema nervioso haya madurado cabalmente.⁶

En el neonato, la alimentación está garantizada por la presencia de los reflejos adaptativos antes mencionados y de protección de las vías aéreas (extrusión, mordedura, vómito y tos). Alrededor el 4º ó 5º mes de vida, esta condición refleja se va modificando hacia

un patrón de conducta voluntaria, debido al crecimiento de las estructuras orofaciales, a la maduración del sistema nervioso y a la repetición de las experiencias orales en función de la alimentación;² todo lo anterior, pertenece al neonato sano.

LA ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE CON CARACTERÍSTICAS ESPECIALES

Las disfunciones orales son las perturbaciones del patrón de succión-deglución correcto y pueden ser primarias o secundarias. Las primarias son consecuencia de la inmadurez, de características anatómicas individuales que dificultan el encaje; defectos del primer y segundo arco branquial dan como consecuencia ausencia de estructuras fundamentales para la función de la alimentación o de alteraciones neurológicas,^{7,8} transitorias o permanentes que dificultan la posición del bebé para mamar, llevándolo a adquirir posturas atípicas.⁹ Las disfunciones orales secundarias se producen cuando el bebé modifica su patrón original de succión-deglución para evitar el dolor facial (uso de fórceps) o por ciertos hábitos perniciosos como el uso de chupón y biberón en el periodo neonatal.²

LA VALORACIÓN CLÍNICA

La valoración clínica es fundamental para lograr un buen diagnóstico.¹⁰ En primer lugar, se deben anotar los datos personales del niño, así como el motivo de la consulta, la anamnesis (la cual se orientará más hacia los datos pediátricos), evaluación orofacial y miofuncional, evaluar el modo de nutrición y valoración de la deglución. El médico encargado de esta valoración debe conocer a la perfección las características físicas y fisiológicas del neonato sano, así como del neonato que presenta diferentes patologías. Una de las preguntas fundamentales que se deben realizar es si el paciente es portador de alguna otra patología, esto debido a que la gran mayoría de los trastornos que conducen a la alimentación difícil, ya sea neurológicos secundarios a hipoxia perinatal (retraso psicomotor e insuficiencia motora de origen central) o como componente de un síndrome genético (Treacher-Collins, Pierre Robin, espectro facio-aurículo-vertebral, artrogriposis, etcétera) son padecimientos que integran una variedad de diagnósticos dentro del mismo paciente.

EVALUACIÓN OROFACIAL Y MIOFUNCIONAL

a) Valoración del tono, de las fuerzas musculares y del control postural de la cabeza y del cuello:

- Las alteraciones del tono influyen en la función orofacial y a la inversa, la falta de control de la cabeza y tronco causan dificultad para disociar los movimientos de la cabeza respecto al movimiento de los labios, mandíbula y lengua.
- b) Valoración de los gestos y de la fase bucal:
- Expresión de la cara-coloración.
 - El contorno de la cara y la asimetría facial.
 - Sialorrea.
 - Saliva: cantidad, consistencia.
 - Lengua: longitud del frenillo.
 - Velo del paladar: tamaño y movilidad.
 - La úvula: forma y posición.
 - La calidad del llanto.
 - La coloración de las encías.
 - Labios: presencia de asimetrías.
- c) Valoración de la sensibilidad:
- Sensibilidad lingual (reacciones a los estímulos táctiles o gustativos).
 - Sensibilidad de la mucosa bucal.
- d) Valoración de los reflejos:
- Reflejo de búsqueda.
 - Reflejo de succión.
 - Reflejo de deglución.
- Hay que valorar si están presentes, hiperactivos, ausentes o si aparecen reflejos arcaicos.¹¹
- e) Valoración de la función ventilatoria:
- El modo ventilatorio: respiración nasal o bucal.
 - Ampliación torácica.
 - Ritmo respiratorio.
 - Apneas.
 - Saturación de oxígeno.
- f) Evaluar el modo de nutrición:
- Evaluar el modo de succión (si es normal, si coordina la succión-deglución y respiración, si el niño se cansa.)

El niño con disfunción motora oral generalmente presenta alguna de las siguientes condiciones:

1. **Hipertonía:** se observa un tono motor aumentado en todo el cuerpo, la cabeza tiende a extenderse y si se sostiene al niño de la cintura escapular, los brazos están firmes hacia abajo. Al examen de la boca se siente que el niño muerde el dedo y además lo presiona fuertemente contra el paladar duro. En este caso, se recomienda sentarlo de frente a la madre en la posición lo más parecida a la fetal, para tratar de relajar la musculatura facial del recién nacido. Además se recomienda, previo a la alimentación, masajear sobre la encía inferior del niño. Si el niño produce grietas o mucho dolor a la madre, ella se puede extraer la leche y alimentar por

sonda o vaso mientras disminuye la hipertonía, lo que ocurre en pocos días con la madurez y los masajes.

2. **Hipotonía:** El tono del cuerpo está disminuido, no afirma la cabeza y si se toma de la cintura escapular, los brazos tienden a levantarse. Esta condición es más frecuente en niños de bajo peso al nacimiento. Al succionar, el niño ejerce una presión muy suave, a veces irregular y se escurre leche entre las comisuras labiales. En esta condición es útil que la madre sostenga el mentón del niño con éste en posición sentada asegurando la cabeza y la espalda. A veces, se hace necesario el uso de algunos dispositivos como jeringas o chupones para ayudar al recién nacido para que éste no se fatigue con la alimentación.

Los trastornos de la deglución constituyen una variada gama de alteraciones, de múltiples orígenes, que representan una disfunción en la eficiencia y/o seguridad de la función deglutoria. La presencia de estas alteraciones se correlaciona directamente con un pobre estado nutricional, aumento en la morbilidad y mortalidad, neumonía y discapacidad entre los sobrevivientes de patologías que ameritan cuidado crítico.¹²

TÉCNICAS BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN

El problema principal de los trastornos de la alimentación en el neonato se ve directamente relacionado con la falta de coordinación con la respiración, por lo que se deben educar a los padres para que las técnicas no interfieran.¹³ Por ejemplo en FLAP, se debe realizar la colocación de placas obturadoras¹⁴ para dividir la vía oral de la cavidad nasal y la posición vertical para facilitar el paso del bolo,¹⁵ la posición decúbito lateral en distorsiones para evitar la glosoptosis, aumentar el diámetro de la mamila cuando el paciente tenga la capacidad de succión y deglución pero se cansa rápidamente (cardiopatías, neuropatías, FLAP) y sobre todo, mucha paciencia por parte de los padres, con el asesoramiento médico adecuado.³ La utilización de dispositivos como lengüetas para el biberón, la adaptación de chupones a jeringas para impulsar la leche, alimentación por goteo también están indicadas cuando los trastornos alimenticios no comprometen la vida y tan sólo se trata de integrar al bebé a la función normal.¹⁶

SONDAS GÁSTRICAS Y TRANSPILÓRICAS Y GASTROSTOMÍA

La indicación de las sondas gástricas y transpilóricas está justificada cuando los requerimientos nutri-

cionales no son los adecuados y la ganancia de peso está comprometida de forma importante,¹⁷ la necesidad de alimentación enteral por un periodo mayor a 3 meses en pacientes con incapacidad total o parcial de deglutir, incapacidad para aumentar de peso y crecer, y en niños con patologías quirúrgicas asociadas.¹⁸

ENFOQUE HOLÍSTICO DE UNA MALA ALIMENTACIÓN

Una mala nutrición puede estar dada por cualquier defecto que involucre al sistema gastrointestinal, es por eso, que en los pacientes con características orofaciales que dificulten la alimentación deberán ser tratados con planes bien establecidos por grupos interdisciplinarios; gastroenterólogos, neonatólogos, terapeutas, cirujanos y estomatólogos conforman un grupo mínimo indispensable para el abordaje inicial. Un tratamiento inadecuado llevará a la atrofia de los mecanismos que establecen la alimentación.

INTEGRACIÓN A LA ALIMENTACIÓN

Es de esperarse que después de resolver la urgencia de la alimentación en el neonato o lactante mediante la colocación de sondas transpilóricas, gástricas o gastrostomías, éste debe ser integrado nuevamente de forma adecuada a la función correcta del aparato digestivo desde la boca, en la faringe, la epiglottis, el cardias, el estómago y el píloro.

ESTIMULACIÓN DE LA SUCCIÓN Y LA DEGLUCIÓN

Una alimentación exitosa y segura en recién nacidos (RN) y lactantes requiere de una adecuada y bien coordinada secuencia en los procesos de succión, deglución y respiración. Esta secuencia de succión-deglución-respiración requiere la integración de múltiples vías, tanto aferentes como eferentes del sistema nervioso central. Una de las unidades neuromusculares más compleja en el organismo es el tracto digestivo superior, que actúa como un conducto para el pasaje de aire y alimento. La deglución (la secuencia succión-deglución-respiración) es un acto complejo e integrado que requiere la participación de varios nervios craneales (V, VII, IX, X, XI y XII), además del tronco y la corteza cerebral, 26 músculos de la boca, faringe y esófago. Este mecanismo permite que el RN y lactante succione y degluta eficiente y rápidamente, minimizando al máximo la duración de la pausa respiratoria y posibilitando así, una alimentación adecuada.^{11,19}

Existen algunos trastornos que pueden comprometer la deglución (síndrome de William-Beuren, moebius, Prader-Willi, Rubinstein-Taybi, retraso psicomotor, etcétera). El daño congénito o adquirido del sistema nervioso central durante el periodo neonatal puede llevar a dificultades en la alimentación, como succión débil o lenta. Este hallazgo puede ser la primera señal de que el lactante tiene algún problema neurológico. Los trastornos de la deglución son comunes en lactantes que evolucionarán a parálisis cerebral o que presentan otros problemas de desarrollo. Lactantes con síndromes genéticos frecuentemente tienen problemas de alimentación y deglución como resultado de interacciones complejas entre factores anatómicos, médicos, fisiológicos y de comportamiento; por ejemplo, alteraciones en la coordinación neuromotora en el síndrome de Down o Prader-Willi, debidas a hipotonía, pobre control lingual y tendencia a apertura bucal permanente, que interfieren en forma frecuente con la adquisición de habilidades oromotoras efectivas, lo que lleva a dificultades en la alimentación.¹⁹

Se ha sugerido que la estimulación perioral potencia la capacidad del lactante inmaduro o neurológicamente alterado para coordinar la succión y la deglución. Esta estimulación se lleva a cabo sobre la piel que corresponde a los músculos masetero y orbicular de los labios, aplicando presión rápida de un segundo, siguiendo la trayectoria nerviosa, con estimulación perioral, barrido en carrillos desde ATM hacia la comisura, con los dedos índice y pulgar se debe ejercer presión media de forma circular en la zona de carrillos, con el dedo índice, se trazan círculos alrededor de la musculatura labial con presión media y entre los dedos índice y pulgar protruir el labio inferior y superior alternando (como pasar el dedo índice rápidamente por el labio superior alternando con el labio inferior). Estos ejercicios deberán ser llevados a cabo por profesionales en rehabilitación física e incluso pueden ser realizados por el estomatólogo pediatra si éste se encuentra preparado para ello, es por esto importante resaltar la necesidad de formar un equipo interdisciplinario.^{3,20-22}

LA INTEGRACIÓN DE LA FUNCIÓN GÁSTRICA Y FÓRMULAS ADECUADAS

La ratificación de que los reflejos de succión y deglución están conservados, no es suficiente para iniciar la alimentación y es ahí donde el tratamiento interdisciplinario debe imperar. La colocación de sondas transpilóricas por largo tiempo deterioran la función gastroesofágica de forma importante, debido a que

ésta no se utiliza. Es por esto que al retirar una sonda, el paciente por instinto de supervivencia succionará y deglutirá, pero lo más probable es que tenga eventos eméticos con el riesgo latente de deshidratación e hipernatremia con consecuencias de riesgo para la vida.

ELECCIÓN DE LA FÓRMULA

La fórmula elegida dependerá de la edad, del funcionamiento del tracto gastrointestinal y del diagnóstico del paciente, así como de la forma de administración. La elección debe ser individual, valorándose la cantidad y calidad de los nutrientes, así como la cobertura de micronutrientes. Siempre será necesario interconsultar con el médico gastroenterólogo pediatra para que sea él quien decida la fórmula que más se adecue a las necesidades de cada paciente en particular.²³⁻²⁵

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

La distracción osteogénica en pacientes con síndrome o secuencia de Pierre Robin es una solución quirúrgica para la formación nueva de hueso, mediante el alargamiento del callo óseo después de una fractura quirúrgica, esto con el objeto de promover el crecimiento rápido de la mandíbula y facilitar la respiración, indicada también en Treacher-Collins, espectro facio-aurículo-vertebral, etc.²⁶ Otra alternativa que se usa es el punto de tracción de la base de la lengua para la apnea severa por glosoptosis o reducción del volumen de la base de la lengua mediante bisturí armónico.²⁷

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 2 meses de edad con diagnóstico de base de síndrome de Treacher-Collins, es referida al Servicio de Estomatología por la consulta externa de pediatría, ya que presenta dificultad para la alimentación. Refiere la madre que actualmente alimenta a la menor por sonda transpilórica, la cual le fue colocada hace 1 mes y medio aproximadamente, debido a que la paciente tenía dificultad para alimentarse, ya que presentaba reflujo y pérdida de peso.

A la exploración física se observó un paciente con facies característica, hipoplasia malar micrótica bilateral y con implantación baja, atresia de ambos conductos auditivos, micrognatia, coloboma bilateral de párpado inferior, puente nasal ancho, cavidad oral con úvula, paladar duro y blando íntegros, cuello corto, tórax sin alteraciones (*Figura 1*).

Se estimularon los reflejos de búsqueda y de succión, el primero se hizo acariciando la mejilla de la menor a lo cual encontramos una respuesta adecuada, ya que



Figura 1. Aspecto inicial de la paciente portadora de sonda para alimentación asistida.



Figura 2. Paciente utilizando aditamento de alimentación inmediatamente después de retirar la sonda.

la paciente giró la cabeza hacia el lado que fue estimulado. Para confirmar la presencia del reflejo de succión se introduce el dedo índice en la boca de la paciente y se ejerce presión contra el paladar, ante lo cual la menor ejerció presión sobre el dedo y su lengua logró abrazar al mismo y hacer un movimiento peristáltico. Ante estas respuestas, se determinó que no existe problema con los reflejos natos, por lo que se interconsulta con la consulta externa de pediatría para realizar el retiro de sonda orogástrica, al no haber contraindicación se realizó el retiro de la misma, se instruyó a la madre con técnica de alimentación a base de jeringa y chupón observándose buena disposición por parte de ésta (Figura 2).

Al día siguiente, se acude a solicitar la apertura del expediente clínico a consulta externa de pediatría, intentando probar succión y deglución, en donde el médico pediatra diagnosticó ausencia de dichos reflejos, ya que al momento de la alimentación hay escurrimiento de leche a través de las comisuras labiales debido a la incapacidad del paciente para deglutir; durante la realización de la historia clínica se observó evento de palidez y de pausa respiratoria, siendo estimulada inmediatamente y recuperándose instantáneamente, motivo por el que se refirió a urgencias prehospitalización (Figura 3). Debido al retiro de la sonda, la paciente tuvo eventos eméticos y deshidratación que condicionaron hipernatremia (aumento del nivel de sodio en sangre) lo que puede conducir a espasmos musculares y la muerte, además de la deshidratación propiamente y la desnutrición. Este caso es importante para resaltar el manejo interdisciplinario que debe imperar en todos los tratamientos de este tipo y no tomar decisiones unilaterales que pongan en riesgo



Figura 3. Paciente en sala de urgencia por deshidratación e hipernatremia después del intento fallido de alimentación oral.

la vida de un neonato. El manejo de esta paciente no fue el adecuado, ya que se expuso a la menor de manera innecesaria al tomar decisiones aventuradas y poco fundamentadas en la literatura; al realizar el retiro de la sonda transpilórica, la paciente presentó vómito por intolerancia a la fórmula, se debió comentar con el médico gastroenterólogo para elegir la fórmula correspondiente a los exigencias nutricionales de la menor. Es por eso, que sugerimos seguir una ruta diagnóstica para este tipo de pacientes y establecer de esta manera, el manejo a seguir. Presentamos el siguiente algoritmo basado en la información encontrada en la literatura (Figura 4).

El primer paso para emprender una ruta terapéutica en el neonato con problemas para la alimentación será determinar la deficiencia causante de ésta: deficiencia física, motora o neurológica. Posteriormente, se debe establecer el origen de esta deficiencia, ya sea que forme parte de un síndrome genético o sea un evento aislado.²⁷ Los reflejos natos como succión, deglución, búsqueda y valoración del SNC y pares craneales formarán parte de la valoración neurológica.³

Cuando la deficiencia sea estructural, por ejemplo en el caso de labio y paladar hendido será necesaria la colocación de dispositivos especiales como biberones o placas ortopédicas que faciliten la alimentación.²⁸

Se debe pautar intervención nutricional (nutrición enteral o suplemento) en casos de desnutrición calórico proteica (índice nutricional < 90%) con ingestión inadecuada o no durante 5 días previos a la indicación. Si la situación nutricional no mejora será necesaria la gastrostomía.²⁹

DISCUSIÓN

En el 2007, Durhand refiere que el establecimiento de la lactancia materna depende de un proceso de adaptación y aprendizaje entre el bebé y su madre. Las primeras experiencias orales del bebé son de fundamental importancia para el desarrollo posterior de la lactancia. Factores relacionados a la madre, al bebé, a la técnica de amamantamiento y a las prácticas hospitalarias pueden dificultar el inicio de la lactancia y conducirla al fracaso. Frecuentemente, encontramos que bebés nacidos a término y que gozan de buena salud, sin problemas aparentes que puedan interferir en el desarrollo de la lactancia, presentan conductas o movimientos orales atípicos durante la toma.² Mariela Costas, en el 2004, menciona que la succión es una de las primeras y más complejas habilidades integradas sensorio-motoras del recién nacido. Mientras que la acción de chupar se desarrolla principalmente para cubrir las necesidades nutricionales del niño, el comportamiento materno provee un ambiente adecuado que optimiza la eficacia de la misma, así como el crecimiento y desarrollo: proceso in-

teractivo entre madre y niño⁴. McGuire y cols. en el 2007, mencionan que los recién nacidos prematuros suelen presentar una deficiente coordinación de la succión y la deglución que puede retrasar el inicio de la alimentación oral segura. La alimentación enteral puede proporcionarse a través de un catéter que pasa por la nariz o la boca al estómago o a la parte superior del intestino delgado.¹⁵ Udaeta-Mora en el 2004, refiere que el estándar con el

que se juzga la eficiencia de la nutrición en el neonato es igualar la tasa de crecimiento intrauterino. Al nacer los neonatos, presentan un periodo de transición en el que existe la pérdida de peso corporal, sobre todo en neonatos pretérmino con bajo peso y críticamente enfermos.¹⁷ Actualmente en el INP, la valoración es integral multidisciplinaria, debido a que pueden existir diferentes trastornos que obliguen a una alimentación asistida, sin olvidar

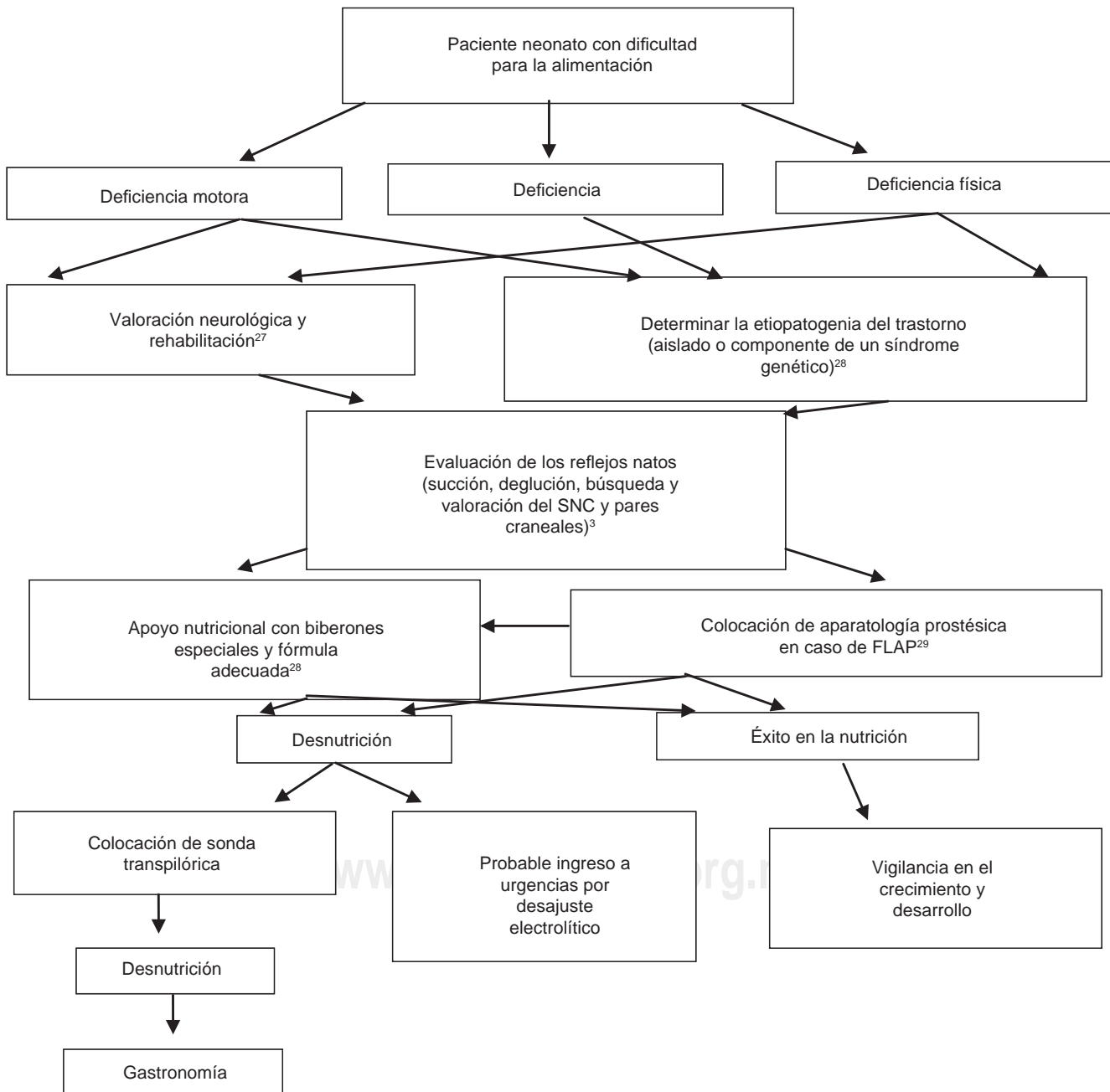


Figura 4. Algoritmo del paciente neonato con dificultades para la alimentación.

que es tan importante asistirlos en la alimentación como reintegrarlos a una forma autónoma de alimentación.

CONCLUSIONES

La alimentación no es una función aislada, es el inicio de todo un proceso digestivo que lleva a la obtención de nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo de los individuos, el paciente con dificultades para la alimentación se debe abordar de forma multidisciplinaria con las especialidades adecuadas como son estomatología, neonatología, gastroenterología como mínimo. Es posible que dependiendo del origen del trastorno, se deba consultar a especialistas en genética, cirugía maxilofacial, oncología, cardiología, inmunología, cirugía plástica, etc. Existe la posibilidad que el paciente neonato tenga íntegras algunas de las funciones como la succión y la deglución, pero esto no significa que está listo para alimentarse, o por el contrario, que el aparato digestivo esté intacto. Sin embargo, puede presentar limitaciones funcionales por defectos de la cavidad bucal, por lo que la valoración adecuada será de vital importancia para el éxito en el manejo de estos pacientes. Lo más importante es el equipo multidisciplinario, así como identificar el momento en que cada especialista debe intervenir en conjunto con el estomatólogo pediatra. El hecho de consultar a cualquier especialista no significa desligarse del paciente, sino por el contrario, es invitarlo a formar parte del grupo de especialistas expertos que llevarán de la mano al paciente hasta su completa recuperación.

REFERENCIAS

- Ortiz AA, Peña LQ. Lactancia materna y salud pública en nutrición. *Rev Salud Pública y Nutrición* 2006; 82: 753-67.
- Durhad SB. *Disfunciones orales en el inicio de la lactancia materna*. En: *IV Congreso Español de Lactancia Materna, 2006, Tenerife*. Anales del IV Congreso Español de Lactancia Materna, 2006.
- Fragoso RJA. *Estomatología del recién nacido*. México, D.F. Editorial Diseño y Publicidad; 1992.
- Costas M, Santos S, Godoy C, Martell M. Patrones de succión en el recién nacido de término y pretérmino. *Arch Pediatr Urug* 2004; 75: 36-50.
- López HN, Padín HM, Bennet RE. Presencia de la disfagia en los trastornos neurológicos de la comunicación. *Rev Mex Neuroci* 2004; 5: 455-9.
- <http://www.cheesehosting.com/saludinfantil/nutricion+infantil+de+sarrollo+deglucion.html>
- Ruiz de LA, Clavé P. Videofluoroscopia y disfagia neurogénica. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2007; 99: 3-6.
- Cabrejas RM. Trastornos de la deglución del niño: Evaluación y tratamiento fisioterápico. *Fisioterapia y Rehabilitación México* 2008; 1-7.
- Arancibia JC. Secuencia de Pierre Robin. *Neumología Pediátrica* 2006; 1: 1-41.
- Arteaga JP, Olavaria LC, Naranjo DB, Elgueta LF, Espinola MD. Cómo realizar una evaluación de la deglución completa, eficaz y en corto tiempo. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2006; 66: 13-22.
- Taveras EM, Li R, Grummer S, Richardson M. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004; 113: 283-90.
- Domínguez TC, Gómez MG. Trastornos de la deglución en el paciente en estado crítico. *Lecturas Sobre Nutrición* 2004; 11: 55-71.
- Kramer FJ et al. Quality of life and family functioning in children with nonsyndromic orofacial clefts at preschool ages. *Journal of Craniofacial Surgery* 2008; 19: 580-7.
- Sala MS, Merino T, Escuin HT. Evaluación protésica en pacientes fisurados labiopalatinos. A propósito de un caso con comunicación oronasal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11: 493-6.
- Riordan J, Averbach K. Breastfeeding the infant with special needs: cleft lip and palate. *Breastfeeding Resource Guide* 1997: 4-5.
- McGuire W, McEwan P. *Alimentación por sonda transpilórica versus alimentación por sonda gástrica para los recién nacidos prematuros (Revisión Cochrane traducida)*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008; 3. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de: The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Udaeta-Mora E, Toussaint G, Martínez de Castro B, Pérez-Marrín P, Carmona-Rodríguez M. Alimentación enteral en el recién nacido pretérmino y de término con bajo peso: estado actual en México. *Gac Méd Méx* 2005; 141: 283-290.
- Florentino JA. Evaluación del botón de gastrostomía implantado quirúrgicamente: Técnica y dispositivo para una gastrostomía segura. *Rev del Hospital de Niños de Buenos Aires* 1997; 39: 88-95.
- Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding. A guide for the medical profession*. 6th ed. St. Louis: Mosby, 2005.
- Souto S, González L. Fisioterapia orofacial y de reeducación de la deglución. Hacia una nueva especialidad. *Fisioterapia* 2003; 25: 248-92.
- Castells BM. Terapia miofuncional y logopedia. *Rev Logop Fon Audiol* 1992; 9: 85-92.
- Lama MR. Nutrición enteral. *Rev Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría* 1997; 5: 335-6.
- Cebrian CJ, Muñoz CJ, Chamorro PM, García AL, Morán SM, Burgueño GM. Tracción de la base de la lengua mediante fijación para el tratamiento de la apnea del sueño. *Revista Esp Cirugía Oral y Máxilofacial* 2003; 25: 303-11.
- Ortiz-Monasterio F, Berlanga RF. Cirugía plástica reconstructiva. *Gac Méd Méx* 2004; 140: 176-81.
- Salinas-Valdebenito L, Núñez-Farías AC, Milagros A, Escobar-HRG. Caracterización clínica y evolución tras la intervención terapéutica de trastornos de deglución en pacientes pediátricos hospitalizados. *Rev Neurol* 2010; 50: 139-44.
- Ordóñez RA. Recién nacido, alto riesgo, prematuro y postmaduro alto y bajo peso. *Hosp Gen Méx* 2003.
- Robaina CGR, Riesgo RSC, Robaina CMS. Evaluación diagnóstica del niño con parálisis cerebral. *Rev Cubana Pediatr* [revista en la Internet]. 2007 [citado 2010 Mayo 03]; 79 (2).
- Zulma I, Campos M. Feeding problems in infants. First part: basic concepts. ISSN 1409-0090/2009/21/1/18-25. *Acta Pediátrica Costarricense* 2009.
- Bautista CA, Broto MJ, Benavent GM, Elías Pollina J, Roqués SJL, Tovar L JA. Protocolo de nutrición enteral en cirugía pediátrica. Comité de Nutrición de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. *Acta Pediátrica Española* 2004; 62: 10.

Dirección para correspondencia:
CD. Américo Durán Gutiérrez
 E-mail: dr_americo@hotmail.com