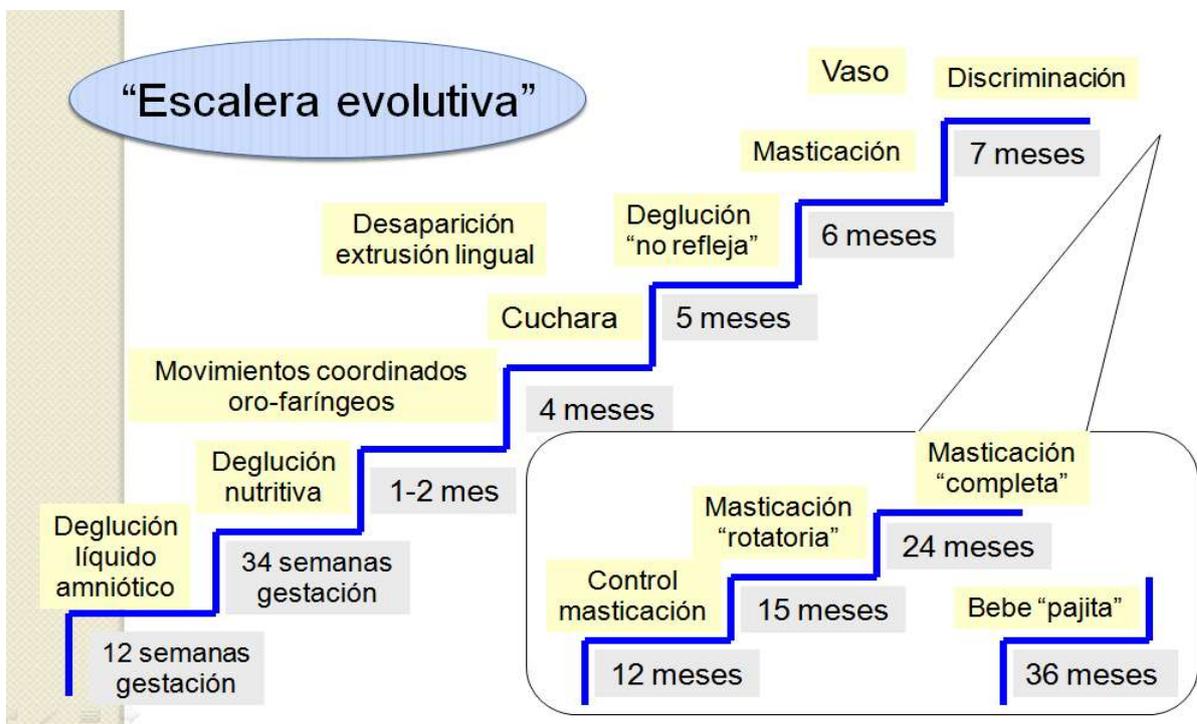


Tratamiento rehabilitador de la disfagia orofaríngea en la infancia. Manejo según etapa evolutiva.

En los trastornos deglutorios en edad pediátrica es importante especificar y diferenciar el patrón deglutorio presente en cada etapa evolutiva del niño, así como saber las competencias oromotoras que se desarrollan y poder reeducar conforme a la alteración que presentan.

La progresión en la deglución del niño va relacionada conforme a su desarrollo evolutivo, motor y global : alimentación pecho-biberón, cuchara, masticación...pero dependiendo de la patología del niño o de alteración en cualquiera de las etapas evolutivas del niño, la progresión en la deglución del niño se ve alterada o bien ésta no se llega a desarrollar de forma correcta llegando incluso a comprometer la alimentación por vía oral.

Tabla progresión deglución



*Diapositiva elaborada conjuntamente con Dr. Pinillos. revisión varias bibliografías

La succión-deglución es funcional a partir de las 32 semanas de gestación. Como etapas importantes a tener en cuenta en la deglución:

-34 semanas: deglución de líquido amniótico. Niños prematuros presentan graves problemas deglutorios, alteración de la succión-deglución-respiración.

-4 a 5 meses: comienzo con cuchara. introducción de cereales. Introducción de textura más espesa, manejo de otro utensilio

-6 a 8 meses: "etapa del mascado" empiezan a manejar alimentos sólidos que chupan, chafan dentro de la boca...

-8-18 meses: del mascado pasa a una masticación rotatoria manejan más sólidos, admiten todo tipo de texturas, saben diferenciar y controlar en la boca más de una textura..

La presencia de reflejos patológicos o persistencia de automatismos, más allá de la edad esperada, puede interferir en su conducta global y en actividades específicas de la alimentación, respiración y comunicación..

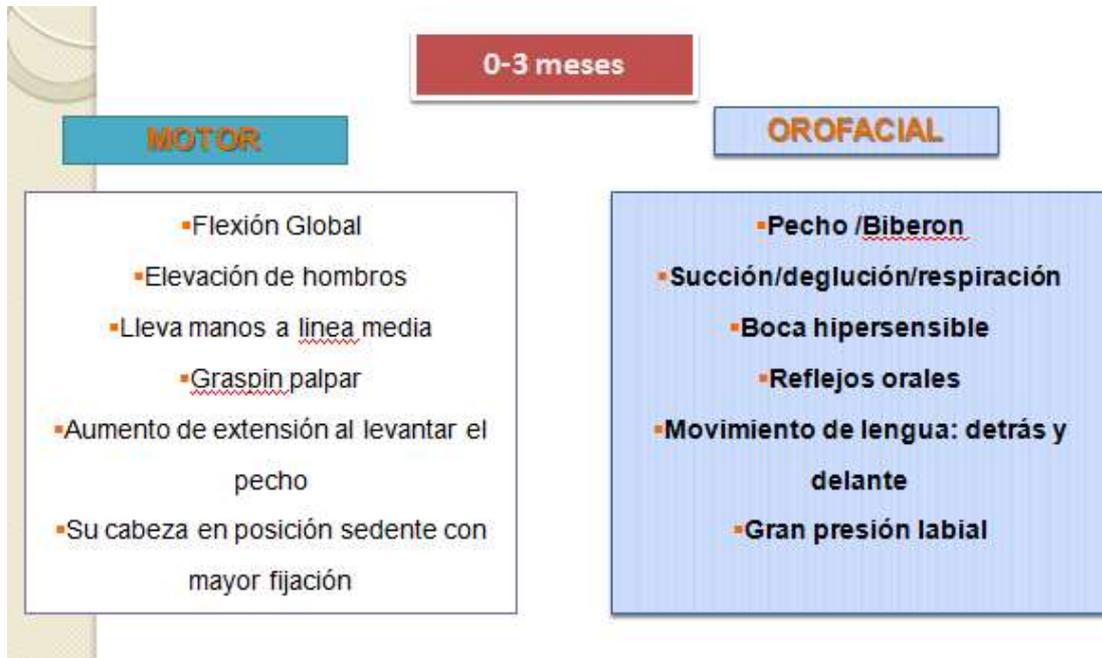
El neonato presenta automatismo orales que permiten alimentarse en las primeras horas de vida. La evaluación de las reacciones orales automáticas ofrece información básica sobre el funcionamiento neurológico de las estructuras orofaríngeas, y la presencia de la calidad de las respuestas, permite verificar si el neonato o lactante posee componentes neurológicos necesarios para la alimentación.

	Nacimiento	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m
Búsqueda	+	+	+									
Succión	+	+	+	+/-								
Deglución	+	+	+	+/-								
Gag	+	+	+	+	+	+	Post	Post	Post	Post	Post	Post
Mordida	+	+	+	+	+	+						
Tos	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Etapas de la aparición, persistencia y desaparición de las reacciones orales del desarrollo. Basado en el material del curso Bobath, Método Neuro-Evolutivo; adaptado por Hernandez, A. M. y reproducido en el libro - La Fonoaudiología en neonatología normal y de riesgo.

**foto libro Tratado de evaluación de motricidad orofacial

ETAPA 0-3 MESES

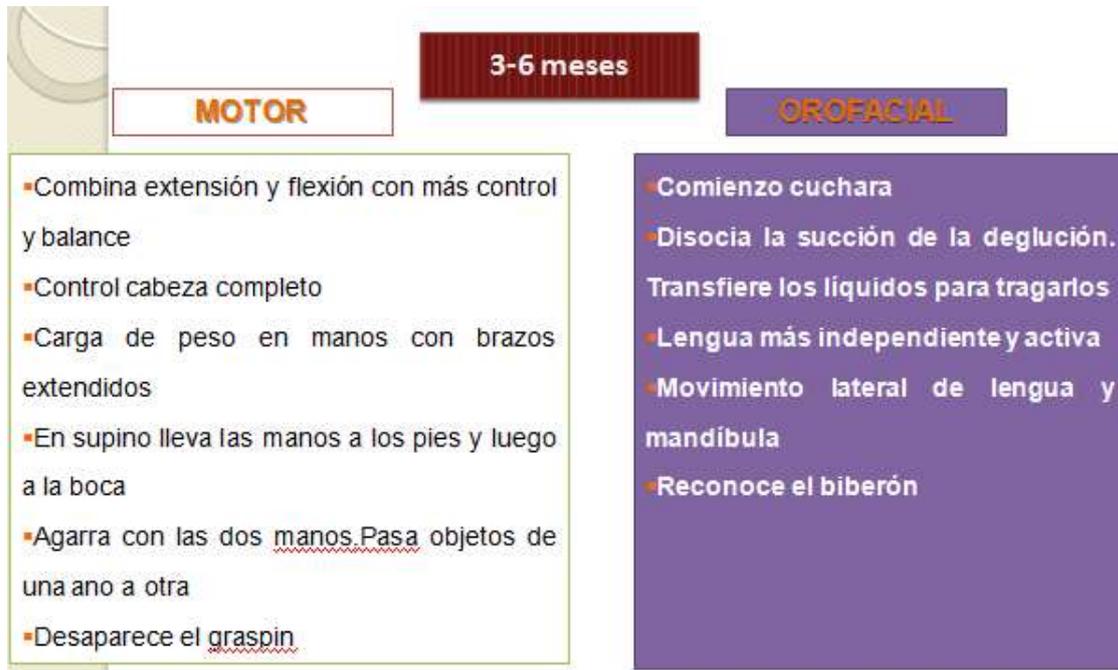


La lengua ocupa la mayor parte de su boca, una mandíbula pequeña, mejillas activas...crean las condiciones necesarias para un proceso de succión efectiva.

Reflejos de succión, el cual se activa nada más colocar el dedo o el chupete dentro de la boca, deglución inmediato ala caída de leche, búsqueda como consecuencia de estar alimentado y nauseoso como un reflejo de defensa.

Los movimeintos linguales están limitados a plano horizontal, siendo movimientos limitados de atrás hacia adelante.

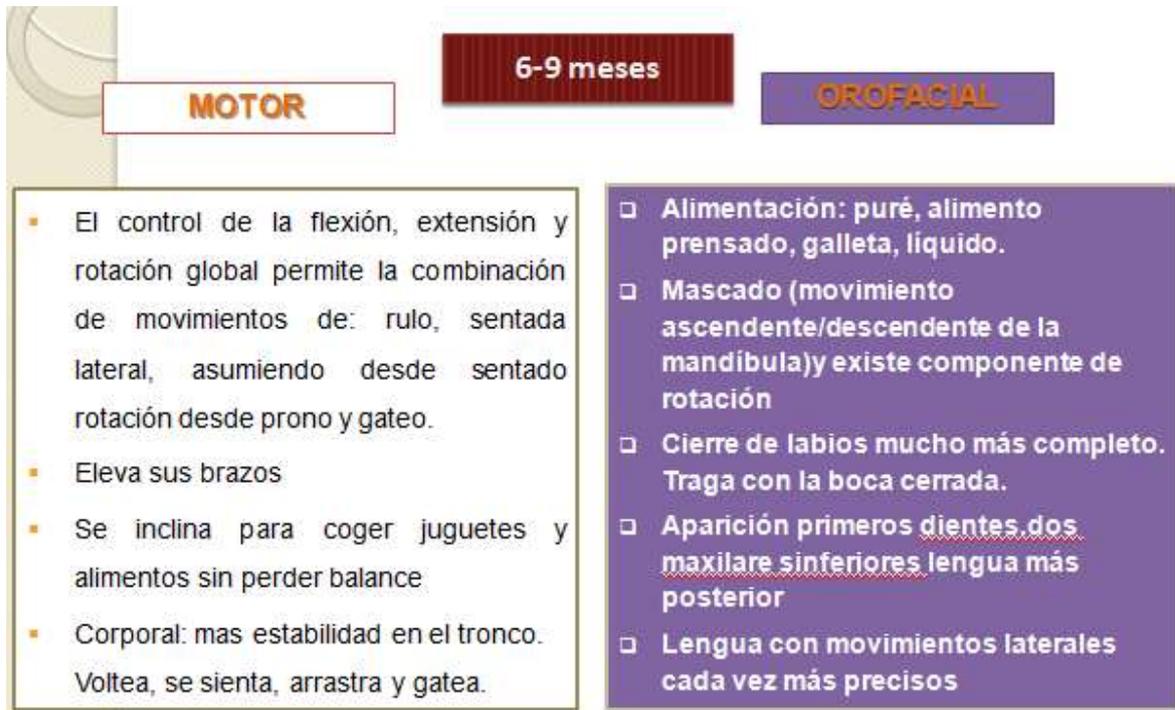
ETAPA DE 3-6 MESES



A nivel motor, aparece el patrón extensor, control cefálico, agarre con las dos manos....lo que nos dice que a nivel orofacial podemos empezar a tener más destreza lingual, a empezar a conseguir otros movimientos linguales, no sólo de arriba abajo, sino también laterales, una lengua más plana.

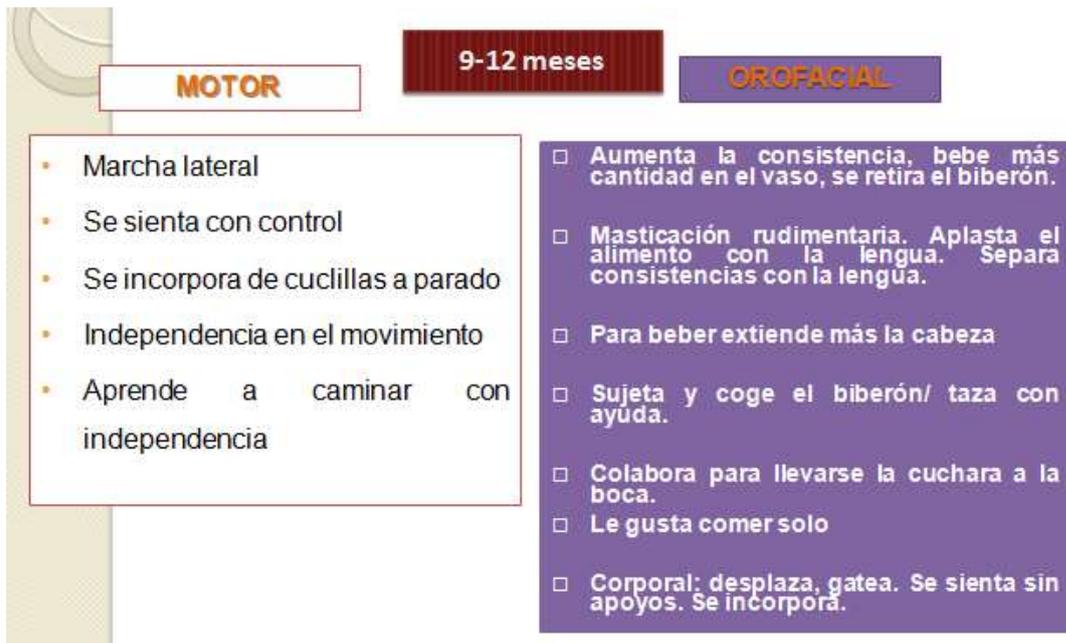
Utilizan la boca no sólo para alimentarse sino como una forma de explorar su entorno desde una edad temprana, están continuamente rodeados por estímulos: introducen sus dedos en la boca, chupan juguetes, ropa...se introducen más alimentos y comienzan la explosión de sabores. La boca se convierte en una herramienta más de exploración muy importante en su desarrollo sensorial.

ETAPA DE 6-9 MESES



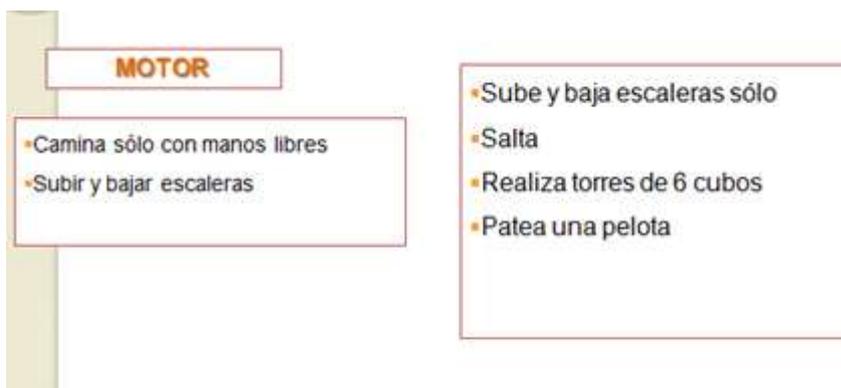
Tenemos a un niño que ya controla la cabeza, se sienta, coge juguetes...y empezamos con la rotación, el gateo...(extensión-flexión y rotación). A nivel deglutorio, succionamos biberón, pecho materno, cuchara...líquidos, papillas, puré...y comenzamos con alimentos más sólidos...comienza la etapa del mascado...que también coincide con la salida de dientes. Comienzan movimientos de mandíbula en movimientos ascendentes y descendentes, chafamos los alimentos, los chupamos, empujamos contra el paladar.

ETAPA 9- 12 MESES



Va teniendo más control de su cuerpo con lo que el niño también quiere tener más control en su alimentación , con su comida...comienza el uso de otros utensilios dónde también se requiere más destreza : vasos, tazas...sin eliminar ningún utensilio utilizado hasta ahora....aunque su alimentación ya es en su totalidad sólida, aunque solida de fácil masticación y sin ser una masticación rotatoria que se consigue después.

ETAPA 12-18 MESES



OROFACIAL

- Sigue la autoalimentación.
 - Masticación
 - Comida normal. Taza, cuchara, tenedor.
 - Labios, lengua y mandíbula realizan movimientos diferenciados.
 - Utiliza la lengua para limpiarse los labios y la boca
 - Movimientos mandibulares estables, rotatorios.
 - Corporal: ajustes corporales
- Utiliza la cuchara (aunque a veces puede derramar el contenido)
 - Juega con la comida
 - Comprende lo que es comestible y lo que no
 - Comienza a beber con pajita aunque muerde el borde
 - Sujeta el vaso para beber

Proceso de la masticación rotatoria, más independencia, toca la comida, come con las manos, come con pajita, la succión está menos presente....mayor destreza lingual la cual domina el alimento dentro de la boca dirigiéndolo hacia los dientes para su triturado, dirigiendo el alimento hacia dentro de la boca....

ETAPA DE LOS 18- 24 AÑOS

Destrezas oromotoras ya desarrolladas. Aquí comienza el niño a delimitar más sus gustos, a poder rechazar ciertas texturas o sabores propias también de desarrollo del niño y de su personalidad.

Durante el desarrollo de éstas etapas, la hora de la comida es un momento de interacción emocional y comunicativa entre el niño y su cuidador “ querer y ser alimentado”.

Son capaces de regular su propia ingesta mediante el reconocimiento del hambre, la saciedad..también constituye una parte del desarrollo de la alimentación

El momento de la comida tiene que ser un momento placentero, donde cubrimos una necesidad, un momento tranquilo, de interacción con el cuidador, momento de aprendizaje y autonomía. Aunque cuando son un poco más mayores, también es un momento de desafío, de poner límites, de control de la situación...las costumbres y

reglas impuestas en el momento de comer, van a condicionar las actitudes y expectativas en el momento de la comida, así como su desarrollo social y emocional.

Los niños que presentan trastornos deglutorios, nada de todo lo anteriormente citado se cumple. No tiene una buena relación con la alimentación. No tiene un aprendizaje en la alimentación. No existe una correcta progresión en la alimentación, los alimentos que comen no pueden controlarlos, se atragantan, en ocasiones se alimentan de forma artificial (con sondas nasogástricas o suplementos hipercalóricos) que hacen que el niño no tenga necesidad ni interés por la comida ni por ser alimentado. La relación entre el niño-alimento está totalmente alterada y desinteresada provocando una mala relación con la ingesta, rechazando alimentos, texturas..dependiendo del desarrollo motor desarrollan ciertas compensaciones motoras, posturales y orofaciales que provocan mayor alteración deglutoria, provocando a su vez una mayor dificultad en el tratamiento reeducador.

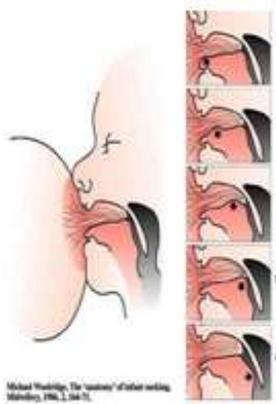
Patrones deglutorios y sus alteraciones

Especificaremos los diferentes patrones deglutorios que presenta el niño en sus diferentes etapas para poder distinguir si existe o no un patrón alterado y saber en donde incidir en su reeducación.

LACTANTE-BIBERON/PECHO

El desarrollo del sistema estomatológico del RN favorece al equilibrio muscular y óseo de la región oral, participando en el crecimiento mandibular, propiciando el desarrollo de los órganos bucofonatorios y armonía facial (Koneig, Davies & Thach 1990, Quieroz 2002)

Succión/deglución/respiración

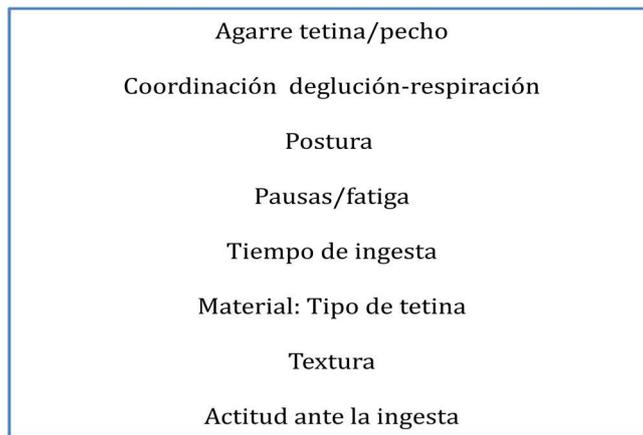


1. La punta de la lengua se aloja detrás del labio inferior y encima de la encía inferior
2. La lengua se acanala alrededor de la areola
3. La mandíbula se mueve hacia arriba llevando con ella la lengua y comprimiendo la areola contra el paladar del bebé.
4. La leche sale del pecho hacia la cavidad oral
5. La parte anterior de la lengua se levanta y la posterior se deprime y se retrae. Así la leche se desplaza hacia la parte posterior y comienza la deglución.
6. La mandíbula baja para que los conductos se vuelvan a llenar
7. Se repite toda la secuencia



A diferencia del pecho, en la succión por biberón, es la boca quien se adapta a la tetina. Sin necesidad de realizar presión negativa, la leche puede ser extraída del biberón. Dependiendo de la fuerza de aplaste y el flujo de tetina puede caer demasiada cantidad de leche y el bebé no pueda controlarla y pueda provocar atragantamiento.

La observación de la ingesta es una herramienta de exploración muy importante para poder observar las alteraciones en los patrones deglutorios. En caso del lactante y patrón de succión-deglución-respiración s/d/r, observaremos



-Agarre tetina y pecho



Mal agarre



agarre correcto

La correcta posición de los labios facilita el agarre de la tetina y por lo tanto la correcta succión y desarrollo de la presión negativa. Esto puede llevar a :

- Succión excesivamente lenta SUCCION DÉBIL
- Caída de leche por las comisuras
- Estrés en la ingesta por no saber coaptar la tetina

-Coordinación S/D/R

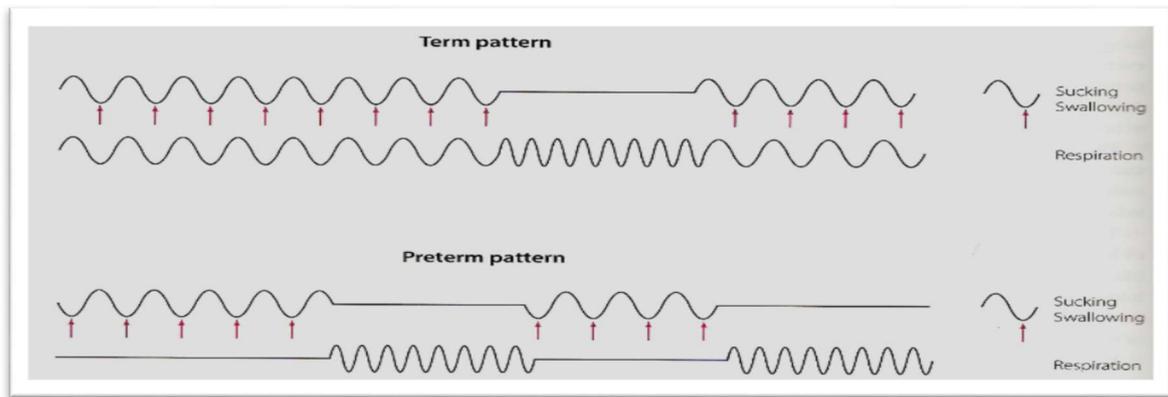
La succión *inmadura* se caracteriza por realizar ciclos de 3 a 5 succiones sucesivas. La deglución y la respiración no coinciden con las succiones. En cambio, la succión *madura* está determinada por series de 10 a 30 succiones en ciclos de 1-1-1 s/d/r. entre estas series, se observan pequeñas pausas y la respiración parece continua.

Puede darse succión de *transición*, que se suele observar durante la evolución entre esas dos fases, en sí misma desorganizada debido a la imposibilidad de regular los tres parámetros. Se pueden llegar a observar series de 6-10 succiones entrecortadas por apneas. Ante este tipo de déficit lo primero que se trabaja es la succión no nutritiva SNN

Una correcta exploración oromotora : tonicidad lingual, mejillas, labial...exploración del frenillo lingual...son muy importantes para poder objetivar una correcta succión.

También puede observarse regurgitación nasal durante la ingesta, como consecuencia de déficit del cierre del sello glosopalatino. Aunque éste déficit puede ser propio de la inmadurez.

Así en el niño prematuro podemos observar patrones de succión claramente alterados.



**Oromotor disorder in childhoods. Manel roch & Penington.

Por lo que la reeducación en estos casos serían de controlar y adecuar ritmos de succión adecuados, de forma que la ingesta sería más efectiva y disminuiría la fatiga. El tratamiento específico lo desarrollaremos posteriormente.

-Postura

La postura depende en primer lugar del modo de alimentación. si se alimenta de pecho, se entiende que la madre le tiene en brazos. es muy importante que la cabeza del niño esté en posición de 90°, lo más recta posible. Es muy frecuente ver a niños excesivamente hiperextendidos como consecuencia de su alteración deglutoria. Es una compensación postural a su debilidad de propulsión deglutoria. La hiperextensión precede y aumenta aspiraciones predeglutorias y deglutorias a vía aérea.

-Fatiga

La Fatiga o distrés respiratorio hace que el bebé deje de comer antes de lo establecido, con cantidades mínimas y esfuerzo máximo que desarrolla esa fatiga, el niño deja de estar en un estado de alerta y activación en la alimentación disminuye.

-Tiempo en la ingesta

En general es un ítem que se mide en todas las observaciones de ingesta de cualquier etapa. Es importante, porque la excesiva duración de las ingestas suele predecir trastornos deglutorios severos con rechazos de ingesta, con tomas de larga duración que casi se solapan con la ingesta siguiente ...lo que puede conllevar a ingesta de aporte nutricional menor.

La apraxia deglutoria, retención del alimento en la boca durante un tiempo prolongado, es uno de los ítems deglutorios que suelen alargar el tiempo en la ingesta, provocando un tránsito oral lento.

-Utensilios: Tipo de tetina



*tetinas reales durante varias ingestas. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.2008

Tetinas no adecuadas a su edad, tetinas agujereadas...marcan un patrón deglutorio alterado o incluso la no existencia de una succión, simplemente la tetina hace de conductor de la leche hacia la hipofaringe. Es muy importante adaptar desde el primer día el tipo de tetina al patrón deglutorio del niño para poder reeducar su succión y poder favorecer una deglución segura y eficaz.

-Textura

Qué textura se ofrece por el biberón nos da información sobre la eficacia de succión pero también sobre su seguridad. Leche con cereales muy espesa o incluso purés en biberones.

Ante alteración en la seguridad de la deglución en neotaos puede utilizarse leche antireflujo, es más espesa, es una medida de adaptación de dieta pero ésta debe de ir retirándose, con lo que la reeducación debe estar presente desde el primer momento.

-Actitud ante la ingesta

En ocasiones la alteración en la deglución es tal severa que incluso el niño llora cuando colocan en la postura de alimentación o ante la visualización de la colocación del biberón.

Alimentación con cuchara Cuchara

Condiciones para poder pasar de biberón a cuchara

- activo
- abrir boca aplanando lengua
- control mandibular
- actividad cierre labial
- control postural

Dinámica/ condiciones

A nivel práctico

-se efectuará con el dorso de la cuchara sobre la lengua
-no se echará la comida en la boca, se intentará que active labio superior para arrastrar la comida hacia la boca.

- Estabilidad mandibular

A nivel motor Global

- Control postural general
- control cefálico
- Estabilidad cintura escapular y pélvica
- Coordinación ojo mano boca

A nivel orofacial

- Estabilidad mandibular en posturas abiertas/cerradas
- Actividad, adaptación y coordinación de labios y movimientos del velo del paladar
- Coordinación con la respiración

Según items que evaluaremos durante la observación de la ingesta, detectaremos diferentes alteraciones en la alimentación con cuchara:

Agarre de cuchara
Control del bolo
Volumen
Numero de degluciones
Tiempo de ingesta
Postura en la alimentación
Utensilios: tipo de cuchara
Tipo de textura

-Agarre de cuchara:

Funcionalidad labial en el niño. Activación labial para el agarre de cuchara y arrastre del alimento. Normalmente cuando existe éste déficit, la cuchara se apoya en los dientes superiores o en la encía para arrastrar el alimento, la comida es inclinada en la lengua. En este caso, seguramente también se observará alteración en la propulsión del bolo, ya que los labios son los que ejercen gran presión para el tragado del mismo.

-Control del bolo

La no caída del alimento después de introducirlo en la boca, manejo del alimento hasta ser tragado... la lengua es quien ejerce el control del bolo dentro de la boca, si nuestra lengua presenta un tono bajo o alto o sus movimientos son reducidos, el control del bolo es más difícil y por lo tanto su deglución también está descontrolada por el niño.

-Volumen/ número de degluciones

El volumen debe de ir acorde al tamaño, edad y control de la deglución del niño. Muchos niños con bajo tono necesitan gran volumen dentro de su boca para poder tener un mayor control del bolo.

El no poder ser tragado el bolo de una sola vez, también puede ser causa de baja tonicidad oromotora, y con la realización de degluciones múltiples se fracciona el bolo, su deglución puede ser más segura pero se disminuye la eficacia y disminución de cantidad de ingesta, ya que la fatiga aumenta.

-Postura en la alimentación

Al igual que en apartado anterior, la hiperextensión nos sirve como compensación a dificultades en la propulsión del bolo.

En niños con afectación neurológica, PC, que no presentan sostén cefálico, es muy común ver ésta compensación

-Utensilio:

Existen múltiples tipos de cuchara. Nos fijaremos en el tamaño, profundidad y tamaño de la misma. Cuanto más plana y más dura es la cuchara más información da al niño, con lo cual hay un mayor control del alimento. El tamaño dependerá de la edad del niño y del control del alimento.

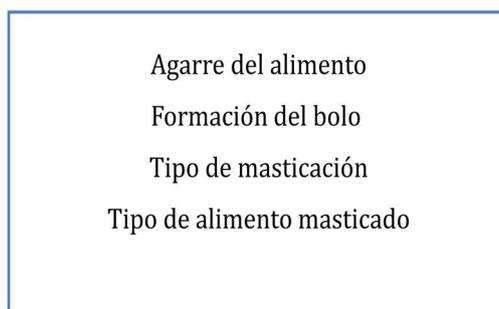
Cucharas excesivamente grandes, donde podemos introducir más volumen, pero en realidad pueden provocar más degluciones múltiples, más riesgo de alteración en la seguridad, mayor dificultad en control del bolo... adecuar el utensilio a su capacidad deglutoria muchas veces es el ítem más importante en la reeducación de la alimentación,

-Textura:

La textura nos indicará tanto el control del bolo, la fuerza lingual, sensibilidad y seguridad en la deglución.

Muchos papás tienen una textura concreta en los purés de sus niños, ni muy fina, ni muy gruesa...o muy espesa y nunca líquida nos da información sobre la seguridad y eficacia de su deglución.

-*Masticación*



-Agarre del alimento/ formación del bolo

Coger y rasgar el alimento es parte del control del bolo, señal de fuerza, movilidad y control.

-Tipo de masticación

En la progresión de la alimentación, hemos señalado como dos tipos de masticaciones; maascado y masticación rotatoria.

Es importante diferenciar ambos tipos de movimientos para durante la observación de ingesta diferenciar en qué etapa nos encontramos:

-*Mascado*: no existe movimiento rotatorio mandibular, predominan movimientos más verticales. Suele presentarse chafado del alimento de lengua contra el paladar.

-*Masticación rotatoria*: existe movimiento rotatorio de mandíbula, movimientos laterales de lengua que transportan el alimento de unos molares a otros.

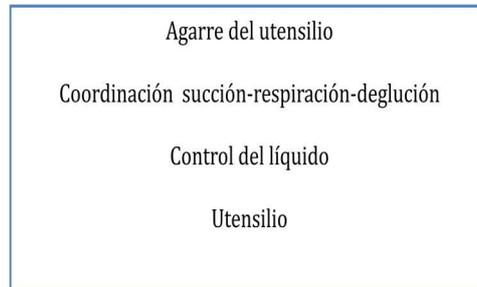
En niños con hemiparesia o niños con afectación motora, podemos encontrar masticaciones efectivas pero unilaterales como consecuencia del tono motor y falta de sensibilidad,

-Tipo de alimento:

El rechazo de alimentos de una determinada textura pueden marcar o incluso mantener un tipo de masticación, por ejemplo no poder avanzar a masticaciones rotatorias y

mantenemos en el chafado. Es por ello, que es importante poder investigar sobre el tipo de alimentos sólidos que toma el niño y si éstos tienen relación entre si.

-Vaso



La retirada del biberón y el paso al vaso, es una etapa de transición importante que refleja madurez deglutoria y control deglutorio , así como mayor independencia en la comida y gestión de los alimentos. Suele coincidir también con la etapa en la que el niño comienza y quiere comer con las manos y también establecer ciertas normas y gustos en la comida. Por ello el uso del vaso adecuado a su deglución es importante.

Competencia labial para el agarre de vaso, deglución segura para un correcto control del líquido y coordinación de la deglución y respiración son ítems a tener en cuenta en su observación.

La observación de la ingesta, con los ítems marcados a observar en cada etapa , son importantes para la detección de alteraciones en la deglución en el niño, que puede estar marcadas tanto por su funcionalidad oromotora como la postura o el uso de utensilios no adecuados a su edad/ deglución.

REEDUCACIÓN ESPECÍFICA SEGÚN TRASTORNO O ETAPA

El modo de alimentación y la edad de los niños condicionan el tipo de reeducación-tratamiento específico deglutorio. Las estimulación orofacial, ejercicios específicos de tonificación, movilización, coordinación-succión-deglución...podrán madurar las competencias deglutorias del niño con problemas en la alimentación.

1.Succión

-Succión no Nutritiva

La succión no nutritiva (SNN) consiste en la succión de un chupete o directamente del pecho de la madre, tras la extracción de la leche (que haya pasado menos de una hora). Está indicada en RN con capacidad de succionar que por algún problema no pueden recibir alimentación por succión o prematuros que no tienen una succión-deglución madura.

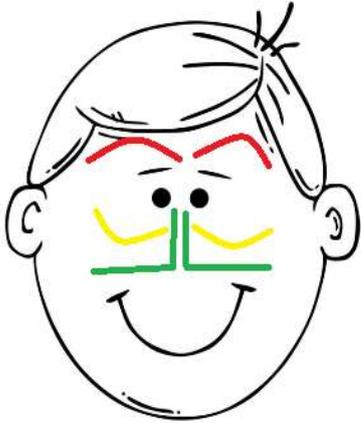
Para ello , realizaremos ejercicios de estimulación orofacial básica y a posteriori ejercicios específicos de succión/deglución /respiración, los cuales podrán ser enseñados a los papás y cuidadores del niño, los cuales mediante instrucción adecuada previa pueden realizarlo al bebé.

Durante la alimentación por sonda es conveniente poner al niño semiincorporado y una vez finalizada la alimentación en decúbito lateral derecho para favorecer el vaciamiento gástrico y evitar el reflujo.

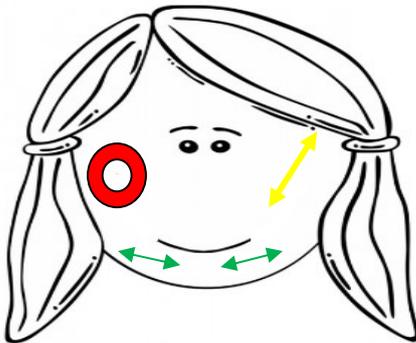
La alimentación con sonda, conjuntamente con la SNN, propiciaría:

- Aceleración de la maduración del reflejo de succión
- Una transición más rápida entre la alimentación por sonda a la realizada por succión
- Además se ha demostrado que la SNN tiene un efecto positivo sobre la saturación de hemoglobina y la liberación de endorfinas

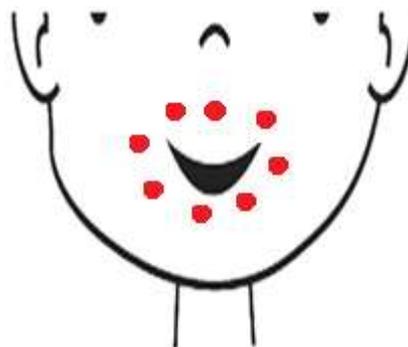
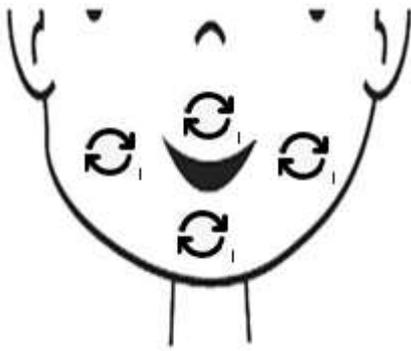
-Estimulación orofacial



1. **Masajear frente:** con la punta de los dedos, hacia los costados, bordeando parte superior de cejas. Siempre volver al medio y volver a hacerlo pero cada vez más lejos de la frente
2. **Luego desciende y contornea el ojo, a lo largo de las mejillas**
3. **Con el dedo pulgar desciende nariz y luego hacia afuera**

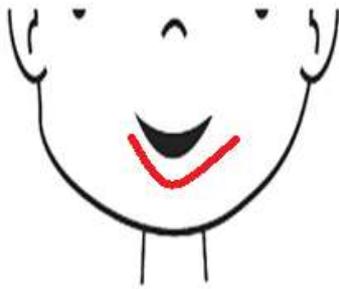


4. **realizaremos movimientos circulares presionando las mejillas.** La direccionalidad puede ser hacia ambos lados.
5. **realizaremos movimientos de arriba y abajo por toda la mejilla y musculo buccinadores.**
6. **realizaremos movimientos de estiramiento y extrusión.** donde también quedan implicados el m. orbicular de labios.



Estimulación alrededor de la boca. Puntos cardinales

Estimulación mediante toques con la yema de los dedos alrededor de la boca



Una vez estimulado alrededor de la boca, activaremos el reflejo de búsqueda, mediante toques siguiendo el labio inferior.

Una vez estimulado el reflejo de búsqueda, se deslizará el dedo desde la mejilla hacia el orbicular de los labios y la comisura labial permiten estimular este reflejo de manera repetida hasta que se hace automática. Deslizándolo alrededor del orbicular inferior, el bebé suele reaccionar abriendo la boca. Introduciremos nuestro dedo hacia las encías y recorreremos con nuestro dedo la encía inferior realizando una pequeña presión.



Muchas ocasiones, los bebés suelen tener la lengua elevada, pegada al paladar, introduciremos el dedo de forma lateral y bajaremos la lengua. Posteriormente realizaremos pequeñas presiones en la punta de la lengua, y mantendremos el dedo para poder estimular la succión,.

- Succión/deglución/respiración

La estimulación de la succión puede facilitarse mediante estimulación realizada con la ayuda del pulgar y del índice sobre el buccinador llevando las mejillas hacia adelante. El dedo medio se coloca sobre la mandíbula para asegurar la estabilidad de la mejilla.



Posteriormente se coloca el dedo apoyado en la base de la lengua y se realizan presiones continuas incluso estableciendo el ciclo de succión para que el ritmo se vaya repitiendo.

La succión , también puede ser estimulada con tetinas de biberones, pero siempre que éstas estén tapadas con gasas para que el bebe al succionar no coja demasiado aire.

Una vez que el niño va cogiendo más fuerza en succión, más ritmo, podemos ir estimulando con leche materna. Podemos comenzar con gasitas empapadas en leche y a posteriori para favorecer una mejor succión/deglución/respiración y ver el ciclo que va desarrollando podemos probar con la introducción de jeringa con cono.



Cono especial jeringa



Estimulación con enfermera.Hospital Miguel Servet



Aprendizaje con la mamá

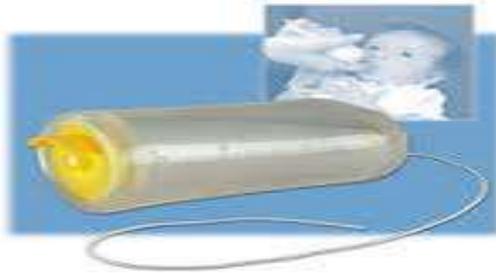
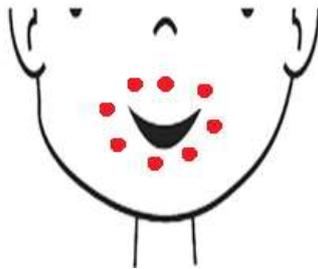


Foto sacada internet

-Dificultad de cierre labial: se incidirá haciendo estimulaciones alrededor de la boca.



- De Sonda nasogástrica al pecho

La succión al pecho materno favorece la estabilidad fisiológica, produciendo menos alteraciones de la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la oxigenación y menos episodios de apnea y bradicardia que el uso de biberón.

La succión cumple un rol fundamental en la puesta en marcha de los mecanismos de la digestión, favoreciendo la funcionalidad del tracto digestivo y optimizando múltiples aspectos de la vida neonatal, como es el neurodesarrollo.

El cómo y cuándo comenzar con la alimentación oral viene determinado por la detección del grado de madurez que presente y la edad gestacional corregida en la que se encuentre el recién nacido. La alimentación por sí sola aporta un gran número de estímulos por lo que es importante no añadir más, como ruidos y luces, para no producir una desestabilización del bebé.

En la tabla se indican las características de cada etapa y cómo actuar:

EG	Características	Cómo actuar
<29 sem	Incoordinación en el patrón succión-deglución-respiración (S-D-R) Patrón de SNN poco eficaz Falta de tono generalizado Inmadurez del sistema autonómico	Alimentación por sonda Promocionar método canguro: asociación del olor Contacto con el pecho materno: lamer el pezón, con restos de leche para reconocer el sabor.
29-32 sem	Patrón de SNN organizado Reflejos oral-motores funcionales pero no eficaces Coordinación incompleta de S-D-R Tono muscular incipiente en extremidades inferiores, falta en la zona oral	Alimentación por sonda Favorecer método canguro Promocionar y pautar succión no nutritiva Se podrá iniciar con pequeñas cantidades la técnica con jeringuilla, cuchara o vasito.
32-34 sem	Patrón de SNN rítmico y bien establecido Reflejos orales presentes Eficacia notable en la alimentación aún con patrón irregular Tono muscular mejorando	Previo a canguro probar succión al pecho (sin vaciar) Combinando con alimentación por sonda u otra técnica (jeringa, relactador, vasito,...)
34-36 sem	Maduración del bebé: alimentación eficaz. El patrón de respiración es más coordinado mientras se succiona el pecho que el biberón	Priorizar alimentación al pecho Si la madre no está dar por sonda La semana previa al alta: si no realiza toda la alimentación al pecho introducir biberón.

Con frecuencia la succión del prematuro y principalmente al principio es débil e inmadura, realizando ciclos de succión/deglución poco regulares lo que dificulta la ingesta, con tiempo prolongado en las tomas con ingesta de poca cantidad de leche, lo que aumenta la fatiga y el gasto calórico. Realiza tomas prolongadas que llegan incluso a juntarse una con otra.

Consejos para implementar la toma tanto al pecho como dando biberón:

- Ponerlo al pecho antes de darle alimentación por sonda, jeringa, etc para que tenga más hambre.
- Aprovechar estado de vigilia, que esté lo más receptivo posible, intentando estimular reflejo de búsqueda.
- Evitar someterlo a numerosos estímulos cuando esté comiendo, proporcionar entorno físico adecuado.
- Evitar dar la alimentación tras un proceso estresante sin esperar a que se estabilice. Minimizar estímulos dolorosos o desagradables cuando sea posible.
- Tener en cuenta que el niño no siempre se va a comportar igual, habrá días o tomas mejores o peores.
- Si presenta reflujo es aconsejable que permanezca despierto tras la toma y en posición erecta. No se aconseja la alimentación por sonda transpilórica.
- En niños con displasia broncopulmonar monitorizar correctamente la saturación de hemoglobina durante las tomas y valorar necesidad de oxígeno durante las mismas vigilando además el trabajo respiratorio.

La valoración y observación de la toma por parte de enfermería y de la madre de los signos de buen agarre y succión eficaz, son imprescindibles para determinar la necesidad de suplementos de leche.

En el caso de succión efectiva **cómo valoramos necesidad de suplementos de leche:**

- Si hay un buen agarre y succión 10-15 minutos: suplementar 50% de la toma durante 2-3 días y disminuir posteriormente al 30% la leche administrada por la sonda. Si presenta buena curva de peso, se puede intentar pasar a lactancia materna a demanda sin suplementos durante el día y por la noche sonda, biberón ó jeringa si el alta es inminente.
- Agarre pobre ó succión 5-10 min: suplementar el 75% de la toma por sonda.
- Las tomas que no esté la madre se administra el 100% de la toma.

Cuando la toma se ofrezca por completo por biberón, o bien como suplemento tras el pecho en biberón se utilizará una tetina específica cuya anatomía es muy parecida al pezón materno, base ancha y adaptada a la boca del niño. Su mecanismo de extracción de leche se produce igual que el pecho materno, no cae leche si el niño no succiona, lo que produce en el niño una adecuada coordinación de la succión-deglución-respiración, conforme ésta se va haciendo más madura (en caso de niños prematuros), desarrollando así una succión natural marcando los propios ritmos que el bebé pauta. El uso de esta tetina facilita el paso al pecho ya que el mecanismo de succión en el niño está aprendido.



Tetina Calma (Medela)



tetina Calmita (medela)

**Tetina calmita son tetinas diseñadas para uso hospitalario. Tetina calmita de color blanco es más pequeña y está pensada para niños prematuros.

Estos biberones están únicamente diseñados para leche materna, en caso de utilizar leche de fórmula ésta debe de ser bien batida ya que puede ser que se obstruya el orificio de extracción.

2.

-Ejercicios para tonificar los músculos implicados en la deglución
Diferenciaremos tres tipos de estimulación dentro de nuestra reeducación

-Ejercicios manuales: son estimulaciones realizadas de forma manual, donde se realiza el movimiento o la tonificación de forma pasiva, dando información al niño y se realiza de forma repetitiva para que posteriormente sea automatizado.

-Ejercicios con vibración: se utilizan diferentes vibradores orofaciales específicos orofaciales. Dependiendo de la duración o la forma de toque o movimiento conseguiremos más tonificación o relajación. Está contraindicado con niños con hipersensibilidad. Hay que tener cuidado y saber cómo utilizarlos pueden llegar a ser muy molestos. Es bueno que el niño primero se familiarice con él.

-Estimulación Termotáctil: Se pueden utilizar tanto para activar, como para aumentar tono como para relajar. Es importante el tiempo que se utiliza con cada temperatura porque puede provocarse efecto adverso. Dependiendo de lo que queramos conseguir utilizaremos antes y durante más tiempo una temperatura más que la otra.

Lengua

- tonificación
- lateralización
- relajación

Mejillas
-tonificación
-movimilización

Labios

Apertura y cierre labial