

EL LOGOPEDA EN LA UCI NEONATAL

13-17 minutos

Introducción

La tasa de nacimientos [prematuros](#) se incrementa cada año en España pese a que los controles ginecológicos son cada vez mejores. En el año 2016, más de 29.000 nacimientos, es decir, el 10% de los nacidos, fueron prematuros, según datos facilitados por HM Hospitales.

Los bebés que son prematuros (nacidos antes de las 37 semanas de embarazo), tienen bajo peso al nacer (menos de 2,5 kg.) o nacen afectados con problemas cardíacos, infecciones o defectos congénitos que requieren de cuidado especial tienen que ser atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCI neonatal), que es el lugar donde el recién nacido permanecerá durante días, semanas o incluso más tiempo, dependiendo del grado de prematuridad y de sus dificultades.

El trabajo del [logopeda](#) en la UCI neonatal empieza por evaluar la presencia de reflejos orales, la fuerza y el ritmo de succión del bebé una vez que está estable y en la propia incubadora. También evalúa la coordinación entre la [succión-respiración-deglución](#) para determinar si el bebé puede llevar

a cabo la función de la alimentación y el medio que se utilizará para su nutrición. Con esta evaluación el logopeda determinará si es necesario realizar estimulación oral o si hay posibilidad de implementar la lactancia oral (pecho o biberón) sin riesgo de aspiración o asfixia. Además el logopeda informa y orienta a los padres sobre el tipo de [alimentación](#) más segura y los procedimientos de estimulación más adecuados a seguir durante el tiempo de hospitalización.

Situaciones en la que interviene el logopeda

El bebé prematuro tiene dificultades en las funciones orofaciales, como son la respiración y la alimentación (succión y deglución) y falta de reflejos orales que van a ser necesarios para que se produzca el correcto desarrollo del sistema motor oral necesario para una ingesta eficiente, eficaz y segura por vía oral.

Estas funciones son relevantes porque preservan la vida del neonato; además, mediante la alimentación por succión-deglución se favorece un desarrollo orofacial armónico. Si estas funciones están alteradas el logopeda determina qué método es el más adecuado para que cada bebé desarrolle adecuadamente esa función y se desencadene el engranaje correcto de las funciones orofaciales [1].

A menudo, el logopeda se encuentra con bebés y niños con dificultades para la alimentación sin diagnosticar; con bebés con sonda y sin estimulación orofacial; con métodos de alimentación inadecuados, con persistencia de habilidades de alimentación inmaduras, con desnutrición, con historial de neumonías recurrentes, con reflejo de vómito exagerado, con mucha irritabilidad durante la alimentación, con [alteraciones](#)

[neurológicas](#), con fallos respiratorios, con vómitos y reflujo nasal.

El uso prolongado de sondas dificulta y retrasa el desarrollo y coordinación de las funciones orofaciales, modifica el comportamiento propioceptivo de la región oral pudiendo producir exacerbación de reflejos (vómito), cierre de la boca, llanto, etc. dando como resultado un rechazo a la alimentación por vía oral. La sonda es una buena opción siempre que se combine con estimulación orofacial para favorecer el paso a la alimentación por vía oral [6].

Tipos de sonda

La sonda alimentaria puede ser:

- **Oro-gástrica:** Tiene la ventaja de que no obstruye la corriente aérea nasal y la desventaja de que interfiere en el cierre labial y en la función de la lengua y perjudica, por tanto, la mucosa y su desarrollo motor.
- **Naso-gástrica:** Tiene la ventaja de que queda mejor fijada a la carita del bebé y las desventajas de que interfiere en el cierre del esfínter velo-palatino, reduciendo la presión intraoral; adelanta la lengua; y compromete una narina.
- **Gastroctomía:** Es una sonda insertada directamente en el estómago mediante cirugía. Tiene la ventaja de que se puede usar en casa y se coloca sin hospitalización prolongada. Como desventaja, a veces ocurre, que al retirarla tras un uso prolongado puede observarse poco movimiento o atrofia esofágica o intestinal.

Si la sonda está colocada a nivel nasogástrico interfiere

menos en la transición de alimentación mediante sonda a alimentación oral sin sonda, ya que se tiene libre la cavidad oral y se puede realizar todos los movimientos sin ningún tipo de interferencia.

Dónde y cuándo estimula el logopeda

El logopeda hace la evaluación de las funciones orofaciales y reflejos en la incubadora; e inicia la estimulación orofacial mientras el bebé está en el pecho de su madre o padre, pues es en ese momento cuando suele estar relajado y receptivo.

Es aconsejable realizar la estimulación antes de cada toma, respetando siempre el momento del bebé, valorando si éste se encuentra receptivo a dicha estimulación. Si durante la intervención se observa cualquier signo o síntoma de estrés deberá cesar inmediatamente la intervención o bien no se iniciará. Si el bebé se encuentra adormecido, débil o febril ese día no se hará intervención alguna.

El logopeda, para su intervención, aprovecha entre 20 ó 30 minutos del tiempo que el bebé permanece apoyado en el pecho de sus progenitores, pues es un momento en el que suele estar muy relajado y receptivo. Cualquier incomodidad o malestar que manifieste el bebé será motivo para cesar la intervención.

Teoría de la matriz funcional (Moss,1969).

El tejido esquelético crece en respuesta al crecimiento de los tejidos móviles. El hueso, por sí sólo, no regula la velocidad y dirección del crecimiento, ni el modo en que se transforma. Hay una estrecha relación entre forma y función. El correcto

desarrollo de las funciones orofaciales es importante, ya que una correcta estructura ósea favorece el funcionamiento de los órganos sanos y hace que las funciones orofaciales estén en equilibrio. Algunos profesionales no dan tanta importancia al modo en que se lleve a cabo la rehabilitación de las funciones orofaciales, piensan que el cómo no es de carácter vital. Pero, “la función crea el órgano y el órgano proporciona la función” (Planas 1994). La alteración en el bebé apenas se percibe al principio. Las evidencias aparecen después.

Los neonatos tienen un rápido crecimiento cráneo-facial y maduración neuromuscular, por lo que es muy importante, para la prevención de futuras alteraciones de las funciones orofaciales, la prevención durante todo el desarrollo del bebé analizando la relación forma-función.

Cómo estimula el logopeda

Diseñando programas individualizados y específicos para cada bebé basados en la estimulación de las funciones orofaciales mediante terapia miofuncional, necesaria para conseguir el equilibrio entre la musculatura orofacial, las funciones neuromotoras y el crecimiento maxilofacial.

Beneficios de la estimulación miofuncional en la motricidad oral

- Se adecúa la musculatura oral.
- El reflejo de succión se desarrolla o acelera.
- Se mantiene el reflejo de succión.
- Mejora el ritmo de succión.

- Incrementa la fuerza y precisión del acto deglutorio.
- Proporciona mayor coordinación entre movimientos de la lengua y de la mandíbula, favoreciendo mayor coordinación para la succión, deglución y respiración.
- Acelera la transición de la alimentación de sonda a la vía oral.
- Convierte la alimentación por vía oral en un proceso agradable.

Masajes

El logopeda trabaja la propiocepción sensitiva de la zona peribucal y labios. Al principio se logra que el bebé acepte esas caricias y poco a poco, si no hay rechazo, se va trabajando la lengua, el interior de la boca y el paladar. Todo ello con movimientos muy suaves. El bebé puede experimentar desagrado ante estas caricias, pues al haber nacido antes de tiempo no ha podido experimentar dentro del útero materno el llevarse una mano a la cara o un dedito a la boca, movimientos que en la incubadora no puede realizar por falta de musculatura y fuerza [2].

- Mediante los masajes extra-orales podemos provocar el reflejo de búsqueda.
- Mediante los masajes intra-orales podemos inducir el reflejo de succión, favorecer el cierre labial, acanalamiento; mejora el ritmo, la fuerza y la coordinación.

La estimulación sensitiva será táctil, térmica (deslizar el estímulo desde el extremo distal al proximal), gustativa (agua, suero azucarado, suero salino, leche...) y texturizante

(líquido, néctar, miel, semisólido y sólido). Todo ello mediante el uso del dedo meñique, chupetes anatómicos y fisiológicos. Los tipos de estímulos y materiales serán adaptados a cada niño, no es posible crear un protocolo para todos los casos.

Succión no nutritiva y nutritiva

Se recomienda estimular el sistema sensorio motor oral a través de la succión no nutritiva. Además es aconsejable que durante la ingesta por vía enteral, ya sea nasogástrica u orogástrica, se estimule la succión no nutritiva, de este modo el bebé relaciona los movimientos orales con la sensación de satisfacción; el bebé relaciona el hecho de succionar con la sensación de saciedad, se liberan hormonas intestinales que favorecen la maduración gastrointestinal.

El logopeda trabaja la succión no nutritiva pues al realizarla tiene lugar la ejercitación de las estructuras orales que participan en el desarrollo músculo-esquelético orofacial. Aunque la función muscular del neonato está limitada a la lactancia, los músculos masticatorios funcionan activamente y constituyen el punto de partida para la adquisición de patrones más complejos.

La succión nutritiva es importante para la madre porque se produce una descarga de leche del pecho materno. Para el bebé tiene una función calmante, social y alimenticia [3].

Paso a la alimentación vía oral

Para valorar si el niño está preparado para hacer la transición de la alimentación por sonda a la vía oral hay que valorar la estabilidad pulmonar, cardiaca y gástrica. El niño tendrá que

estar alerta pero tranquilo. Tendrá que ser capaz de mantener una postura más erguida según indica el logopeda. Deberá presentar reflejos de defensa. Deberá haber iniciado respuestas transversales de lengua; rapidez para ponerse a succionar y mantener la succión durante 12 a 15 minutos con la fuerza necesaria y a un ritmo estable, sin señales de estrés y mostrando apetito o interés por el alimento.

Ante la ausencia de estas condiciones, o, ante signos de taquicardia, bradicardia o apnea, el paso a la alimentación oral habrá de posponerse.

Estimulación oral con sonda gástrica. Pasos:

- Estimulación orofacial previa a la alimentación.
- Estimulación del SN durante la alimentación por sonda.
- Introducir biberón o pecho materno al inicio, con muy poca leche, y completar con sonda.
- Aumentar la cantidad progresivamente.
- Retirar la sonda cuando tome la cantidad prescrita por el nutricionista.

La succión de pecho, biberón, chupete o dedo para estimular el SNN parece que no repercute negativamente en la aceptación del pecho; sin embargo, hay casos de bebés que usan biberón y no logran adaptarse al pecho. (Xabier 1998).

Conclusión: No hay una prescripción válida para todos. Hay que evaluar el caso y siempre que se pueda, intentar la lactancia natural. No exigir al bebé que haga lo que no puede hacer.

Tetina anatómica

El uso de tetinas de biberón inadecuadas puede producir atragantamientos (si sale mucho flujo de leche), el bebé tendría dificultad para manejar y controlar el fluido y no se dificultarían los movimientos anteroposteriores de la lengua.

Si el orificio es demasiado pequeño, puede provocar exceso de esfuerzo al extraer la leche, fatiga muscular y alteración de la respiración.

Debe usarse tetina anatómica que es la más parecida al pecho de la madre. La tetina debe ser corta, con el orificio pequeño y éste deber estar situado en la parte superior. Debe ser del tamaño adecuado a la boca del bebé, sin sobrepasar el tercio medio de la lengua. No ser demasiado blanda, ni que provoque el reflejo del vómito y ha de estar limpia.

La tetina anatómica favorece el cierre labial y da apoyo a los labios, favoreciendo la presión negativa intraoral. Favorece el control del flujo de leche. Mejora la coordinación succión-deglución provocando menos pausas. Como el agujerito está en la parte superior el flujo de leche no sale disparada hacia la región posterior de la cavidad oral. El bebé coordinará mejor la succión-deglución-respiración, evitando atragantamiento y riesgo de asfixia. [4]

La vida después de la UCI neonatal

Desde que ingresa un bebé en la UCI neonatal hasta que se lo pueden llevar sus padres a casa, a veces tarda semanas o meses después de complejos cuidados médicos. Marcharse a casa después de saber todo lo que el bebé necesita puede

ser muy agobiante. La familia ha sido protagonista en la UCI neonatal de la evolución de su bebé y además, cuando se van a casa se hace un seguimiento a las familias y previamente se les ha pautado indicaciones y se les ha alertado sobre posibles signos de alarma ante los cuales habría que volver al hospital. Estos signos de alarma son:

- El bebé succiona siempre rápido cuando está agarrado.
- No se le escucha tragar.
- El bebé come durante pocos minutos, se separa del pecho con frecuencia y está muy inquieto. Puede que se duerma sin comer.
- El bebé parece más cansado y menos enérgico de lo “normal”.
- Nunca se coloca en esa posición tranquila y centrada en la alimentación.
- El bebé moja menos de 5 pañales al día y la orina es más oscura de lo normal.
- Las heces tienen un aspecto seco y duro.
- El bebé no coge peso con regularidad. [5]

Conclusiones

Es vital la presencia del logopeda en la UCI neonatal para evaluar las funciones orofaciales, la alimentación y nutrición, eliminar riesgos de aspiraciones y neumonías y facilitar de la forma menos traumática posible el paso de comida por sonda a comida por vía oral, introduciendo diferentes texturas y evitando o eliminando la aversión al alimento.

Referencias bibliográficas

1. [American Speech-Language Hearing Association \(2009\). The Complexity of Transitioning to Oral Feeds in Preterm Infants, Special Interest Group. Perspective on Speech Science and Orofacial Disorders, 19\(1\), 52-57](#)
2. [Campos Montero, Z. I. \(2010\). Problemas de alimentación en lactantes. Segunda parte: fase oral y faríngea. Artículo de revisión. Acta pediátrica costarricense, 22 \(1\), 14-22.](#)
3. Le Metàyer, M. (1995). Reeducación cerebro-motriz del niño pequeño. Barcelona: Editorial Masson.
4. Piñero Peñalver, J., Pérez-López, J., Vargas Torcal, F., y Candela Sempere, A.B. (2014). Atención Temprana en el ámbito Hospitalario. Madrid: Editorial Piramide.
5. [Reiss, J. \(2005\). "Long-term outcomes for extremely low-birth-weight infants". Edit Jama.](#)
6. [Villamizar Carvajal, B., Vargas Porras, C., y Díaz Martínez, L. A. \(2010\). El progreso de la alimentación oral del recién nacido prematuro. Salud Universidad Industrial Santander. 42, 262-270](#)



Post Views: 60.940