



BABY-LED WEANING Y SU APLICACIÓN EN EL NIÑO CON AVERSIÓN ORAL POR ANTECEDENTES DE VÍA AÉREA INSTRUMENTADA

Autores: Decotto V*, Löffler G*, Pomés P*, Torres Justet M*, Vassel P*, Guerriero S**, Ton V**-***.

*: Cátedra Seminario Área Fonoestomatología Lic. Fonoaudiología Universidad del Salvador ; **: Integrante Fonoaudióloga Clínica Ciarec; ***: Jefe de Servicio Profesora Titular USAL.

INTRODUCCIÓN

Los niños sobrevivientes a patologías críticas que han sido sometidos a procedimientos de intubación orotraqueal prolongada, traqueostomía y alimentación enteral, permitiendo superar afecciones agudas, presentan una elevada tendencia a la aversión oral al momento del abordaje y tratamiento de la función deglutoria y alimentaria. El inicio de la alimentación oral en estos niños plantea un desafío en los equipos interdisciplinarios de tratamiento, desde el punto de vista sensorial, deglutorio y vincular generando gran ansiedad en la familia y en los profesionales.

Baby Led Weaning (BLW) es el concepto de transición alimentaria basado en la capacidad motriz y coordinativa del niño a partir de los 7 meses, de explorar y escoger el trozo de alimento blando para llevarlo a su boca. Habilidad que se acompaña con la etapa de cambios fisiológicos oro-motores que permiten la transición hacia otras texturas alimentarias complementarias a la leche.



OBJETIVOS

- 1- Predecir la utilidad de la aplicación de algunos aspectos del método BLW en niños con aversión oral, secuela a instrumentación de vía aérea y alimentación enteral a temprana edad, luego del fracaso de diferentes intentos de iniciación a la alimentación oral por métodos terapéuticos tradicionales.
- 2- Observar si el niño desde los 7 meses con aversión oral explora los alimentos a través del juego, interactúa, imita y los lleva a su boca, permitiéndole el autocontrol, autorregulación del procesamiento sensoriomotor, apropiación de la acción y disminución de las señales de stress.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo observacional, realizado a 6 pacientes pediátricos internados en clínica de rehabilitación de 7 meses a 14 meses de edad cronológica con patologías de origen respiratorio y/o neurológico. El criterio de inclusión fue: capacidad de sedestar con apoyo, coordinar ojo-mano-boca, capacidad cognitiva para explorar, tomar y soltar objetos. Se utilizaron sillas adaptadas a las distintas etapas evolutivas y capacidades motrices, mesas con escotadura, alimentos ofrecidos sobre la mesa o en plato. Los alimentos seleccionados fueron en trozos manipulables por el niño, blandos y de fácil desarme en boca, como banana, zanahoria cocida, zapallo y pera.

La iniciación al método consistió en el juego, la exploración e imitación con la comida, sin ser ofrecida por el examinador o padres ya que de esta modalidad había producido rechazo previamente.

RESULTADOS

6 pacientes, promedio edad 9,5 meses, vía de alimentación: 3 con gastrostomía, 3 con SNG.

- 2 lograron alimentación vía oral exclusiva.
- 2 lograron alimentación mixta al 50% cada vía.
- 1 logró introducir alimentos en su boca sin expulsarlos.
- 1 logró explorar el alimento con la boca sin introducirlo.

Los 6 niños lograron jugar y explorar con alimentos.

CONCLUSIÓN

Inferimos que esta investigación requiere continuar con una muestra más extensa. En niños con aversión severa por maniobras invasivas, donde experiencias traumáticas vividas a temprana edad dejan vestigios de mecanismos defensivos, la iniciación oral suele ser traumática y representa un círculo vicioso de ansiedad, displacer y desregulación en el niño.

Esta experiencia nos permite observar que el autocontrol y empoderamiento para explorar y decidir cuándo y cómo llevar el alimento a su boca, incentivando la confianza, independencia, autocontrol y autorregulación, posibilita al niño ir progresando a su propio ritmo, no con el único objetivo de alimentarse, sino como una oportunidad de iniciar la vía oral para permitir un abordaje evaluativo formal e instrumental una vez logrado ese acercamiento.

