

EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES OROFACIALES Y SU RELACIÓN CON LA DISFAGIA EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA CON PALADAR HENDIDO

Jénifer Cáceres Guzmán

Marisol Cuervo Rodríguez

Alejandra Patiño Vélez

RESUMEN

Las dificultades en las funciones orofaciales pueden traer consigo diferentes alteraciones alimentarias y deglutorias en el ser humano, sobre todo cuando éste se encuentra en el proceso de maduración y crecimiento, debido a que son dichas funciones las que coordinan los patrones de succión, respiración y deglución (triada miofuncional); la ejecución de las mismas está regulada por el sistema estomatognático y algunos pares craneales. En el presente artículo se pretende establecer la relación existente entre una dificultad estructural como lo es el paladar hendido, las funciones orofaciales y la disfagia.

PALABRAS CLAVES: funciones orofaciales, disfagia, fases de la disfagia, paladar hendido, paciente pediátrica, sistema estomatognático.

TITLE

ASSESSMENT OF OROFACIAL FUNCTIONS AND ITS RELATIONSHIP TO THE DYSPHAGIA IN A PEDIATRIC PATIENT WITH CLEFT PALATE

ABSTRACT

The difficulties in orofacial functions can bring about different eating and swallowing disorders in humans, specially when these are in maturation and growth process, because these functions are those who coordinate the schemes of sucking, breathing and swallowing (triad myofunctional); the implementation of these are regulated by the stomatognathic system and some cranial nerves. This article seeks to establish the relationship between a structural difficulty as is the cleft palate with orofacial functions and the dysphagia.

KEY WORDS: Orofacial functions, dysphagia, phases of dysphagia, cleft palate, pediatric patient, stomatognathic system.

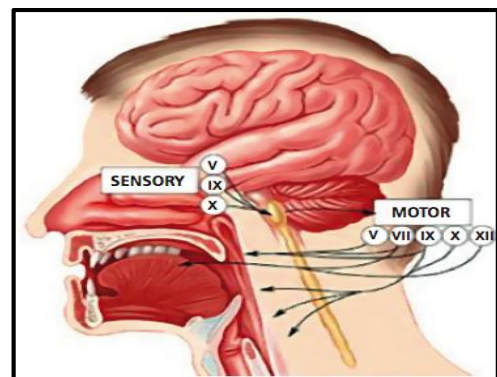
INTRODUCCIÓN

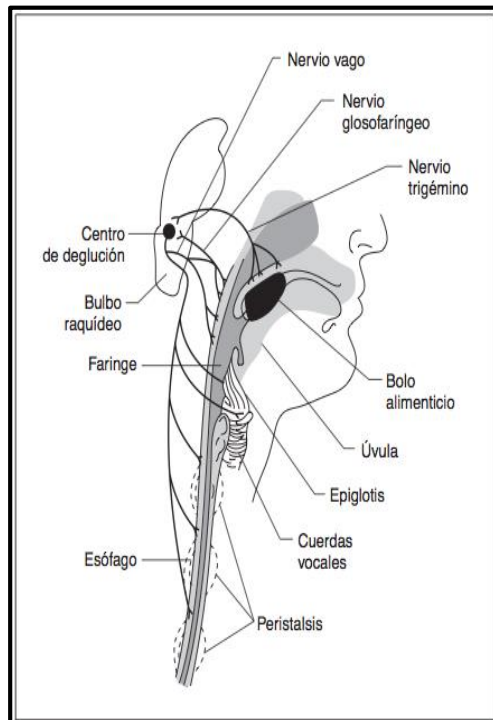
La alimentación es un proceso vital del ser humano, el cual requiere de la armonía y buen funcionamiento de órganos, músculos y sistemas que trabajan de forma conjunta para que dicha actividad se lleve a cabo. Inicialmente el proceso alimenticio se da por medio de procesos reflejos, específicamente orofaciales, que con el pasar del tiempo, los procesos de maduración y crecimiento que se da en los seres humanos se convierten en funciones orofaciales, las cuales al desarrollarse óptimamente favorecen un buen funcionamiento maxilofacial.

Las patologías relacionadas con fisura velopalatina siguen presentándose con el pasar de los años, debido a diversos factores como lo son genéticos, químicos, orgánicos, entre otros; además en algunos pediátricos se presentan alteraciones en la coordinación e inmadurez de los procesos succión-deglución. Debido a dicha incoordinación y a la inmadurez de

las funciones orofaciales se puede presentar además disfagia.

El presente artículo tiene como objetivo encontrar la relación entre las funciones orofaciales y la disfagia en una paciente pediátrica con paladar hendido, sin daño neurológico, además de observar si existe eficiencia y eficacia en dichas funciones; las cuales son encargadas de que se dé el proceso continuo de los patrones de succión, respiración y deglución, la maduración de éstas se da conforme al crecimiento del ser humano y la ejecución de las mismas está regulada por el sistema estomatognático y algunos pares craneales.





PROPUESTA METODOLÓGICA

Tipo de estudio: Descriptivo

Método: Inductivo

Enfoque: Cualitativo

Diseño: No experimental

METODOLOGÍA: Este trabajo se fundamentó en una investigación de tipo descriptivo y método científico inductivo, puesto que pretende indagar aspectos teóricos, describir y relacionar la funcionalidad orofacial y la disfagia en una paciente pediátrica con paladar hendido, además de realizar evaluación de las funciones orofaciales, con el fin de identificar las dificultades de éstas y el rol fonoaudiológico con relación a

éste tema. Además permite observar, analizar, registrar los hechos y elaborar conclusiones generales a partir de enunciados, implementando estrategias de entrevista, observación y evaluación subjetivas. Por lo tanto el tipo de estudio desarrollado fue cualitativo, puesto que, se realizó un análisis de la información recolectada; previo a esto se realizó la evaluación y finalmente se describió el desarrollo de las funciones orofaciales y su relación con las disfagia oral preparatoria en una paciente pediátrica con paladar hendido.

Para llevar a cabo la investigación y realizar la correlación clínica entre las temáticas de funciones orofaciales, paladar hendido y disfagia, fue necesario realizar un rastreo bibliográfico, lo cual permite esbozar las características relevantes y los criterios que se deben tener en cuenta en el proceso de evaluación. Dicha revisión se llevó a cabo en diferentes revistas indexadas que contienen artículos los cuales abordan la temática citada, con la finalidad de profundizar en los aspectos ya mencionados

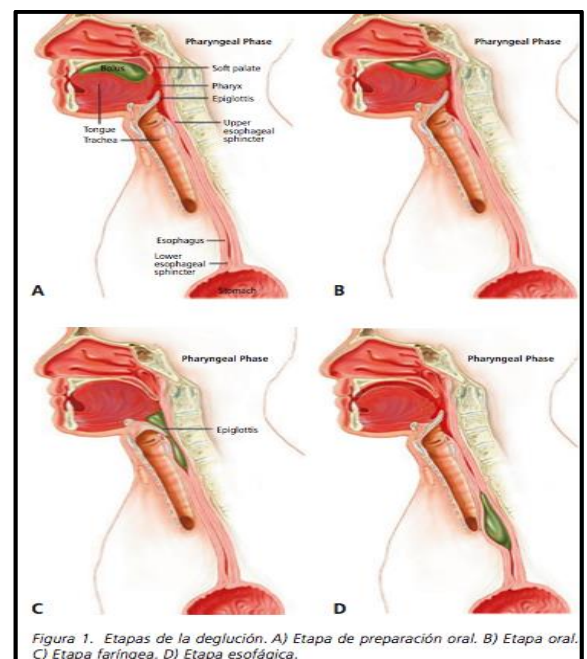
para poder sustentar la importancia de una temprana evaluación y diagnóstico fonaudiológico de disfagia en esta población, para que así se disminuyan las complicaciones asociadas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el proceso de evaluación de la paciente, se evidencia una alteración estructural en el velo del paladar que es mínima, esto en relación con los resultados de la observación directa de las funciones orofaciales de la usuaria, en la que se logró evidenciar que no todas las fisuras palatinas comprometen la deglución, ya que, al evaluar las funciones orofaciales y su relación con la disfagia en una paciente pediátrica con paladar hendido no encontramos relación alguna, porque en ésta usuaria no hay disfagia presente en ninguna de sus fases, lo cual le permite tener un proceso alimenticio funcional y nutritivo.

Se debe considerar que durante el proceso de deglución se crean unos movimientos voluntarios e involuntarios con los cuales se

desencadena una secuencia de presiones intraorales necesarias para que se activen dichos movimientos en las estructuras comprometidas para la deglución, estas acciones actúan como válvulas para lograr un adecuado desplazamiento del bolo alimenticio desde la boca al hasta el estómago.



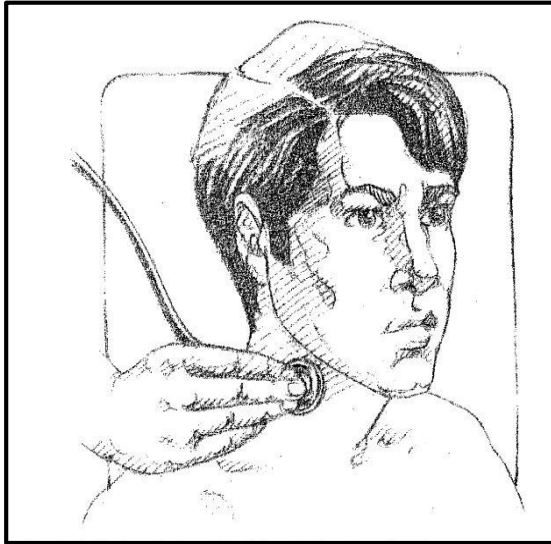
Es por esto que ante una alteración estructural a este nivel, como se evidencia en este caso con una fisura del velo del paladar no corregida, existe una comunicación permanente entre la cavidad oral y la nasofaringe la cual dificulta que se desencadenen las presiones requeridas para que las estructuras puedan tener unos movimientos

sinérgicos y coordinados, presentando deficiencias en el selle que se da con la elevación del paladar blando para una deglución segura.



Es importante considerar que las funciones orofaciales están relacionadas con otras variables del desarrollo, lo cual sugiere que la alteración de la deglución no es unicausal, por el contrario es multifactorial y posee una alta gama de causas, donde depende también un desarrollo global de las funciones corporales; sumado a esto se debe considerar también la edad de la paciente y el mantenimiento o la desaparición de los reflejos orales primitivos, lo cual es un signo de alteración o evolución neurológica respectivamente.

Por eso durante la evaluación de las funciones orofaciales de la paciente con fisura de paladar blando, en la cual se aplicó la escala de evaluación neurológica del habla (Bernal, Sonia y Baquero, Martha modificaciones Mambrú Martha), se observó que tiene presente reflejos como: el reflejo de búsqueda, reflejo nauseoso, succión, respiración y deglución. Estos se pudieron evaluar a través de la estimulación táctil para desencadenarlos y de la observación en los procesos de respiración y alimentación; además la auscultación, con ayuda de un fonendoscopio, del paso del alimento a través de su laringe, se valoró las características acústicas de forma bilateral en las diferentes degluciones de la paciente evidenciando sonidos sincronizados y correspondientes a una deglución normal detectando con esta auscultación una posible presencia de riesgo de aspiración (Barragan, M. 2008).



Según la literatura y algunas fuentes bibliográficas, una de las principales características de esta patología es la incompetencia que tienen los pacientes para la alimentación, porque son incapaces de succionar y sus madres tienen dificultades para darles el alimento, pero en este caso la usuaria no presenta dificultad alguna con este proceso, puesto que la madre ubica a la niña en una postura adecuada para el momento de alimentación con el biberón y después de este. Es por esto que frente a una disfunción o dificultad para la deglución, el organismo está en la capacidad de empezar a usar unos procesos de compensación gracias a la estimulación temprana de dicho proceso y unos correctos hábitos orales que lo fortalecen.

El retraso de las funciones orofaciales con relación a la fisura velopalatina, es consecuente a que cuando existe una alteración de la estructura orgánica la disposición de la musculatura cambia y es por tanto, que la función muscular y la activación de sus reflejos pueden verse reducidas; es por esto, que estas funciones se deben estimular y fortalecer para lograr su pronta maduración tanto durante la etapa pre y post quirúrgica del cierre de la fisura del velo del paladar y de esta manera se evitará la adquisición de patrones incorrectos en el proceso de alimentación.

Generalmente en pacientes con disfunciones estructurales se hacen evidentes algunos retrasos en las funciones orofaciales, puesto que, desde el nacimiento éstos son incapaces de ejecutar funciones que concatenadas y ayudadas de la posterior maduración neurológica son fundamentales para otros procesos. Sumándole a esto las modificaciones musculares y el retraso en la activación de los reflejos propios de las estructuras

involucradas crean un efecto dominó, debido a que desde el inicio algo está afectado, de allí en adelante todo se seguirá desarrollando de igual manera o incluso no se desarrolla.

En este caso se evidenció que la usuaria hasta el momento conserva sus procesos y funciones orofaciales intactos, lo que da indicios de un desarrollo adecuado durante el crecimiento y la maduración de las estructuras tanto craneofaciales como nerviosas; resultado también de un acompañamiento, de la correcta postura de alimentación que la madre ha buscado adoptar en la niña durante este momento, la desaparición de hábitos bucales no funcionales como la succión digital o chupón y la estimulación integral.

CONCLUSIONES

Los beneficios de detectar a tiempo alguna malformación a nivel orofacial le permite tanto al fonoaudiólogo como al equipo interdisciplinario, implementar de manera precoz un adecuado y oportuno proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento para evitar

que dicha alteración avance y afecte de forma integral la funcionalidad orofacial y el desarrollo estructural. Además es fundamental empezar a trabajar lo antes posible en las dificultades que presenta la usuaria para que haya un buen proceso terapéutico que le permita disminuir esas falencias a medida que se va desarrollando físicamente y va adquiriendo su lenguaje expresivo (habla).

El desarrollo y evaluación de este caso, permitió concluir que la fisura palatina no tiene una relación directa como causa de disfagia y que es necesario que a estos niños se les brinde una atención interdisciplinar desde su nacimiento que guíe a los padres de familia en acciones para obtener una compensación en el proceso de deglución mientras la fisura no esté corregida y después de la cirugía, para que se logren activar y potenciar las funciones de las estructuras comprendidas, evitando que aparezcan posibles patrones de incoordinación o incompetencia que dificulte tanto la deglución como el habla.

Es importante destacar que no se observaron alteraciones de las funciones orofaciales, puesto que, durante la evaluación se evidenció buen proceso de succión coordinada en cuanto a continuidad, frecuencia y presión normal, además no hay alteraciones de los movimientos linguales, por lo cual, es necesario potenciar esta funcionalidad para optimizar la movilidad velopalatina luego de la cirugía, para que haya buen entrenamiento miofuncional y no se presenten retrasos en los procesos comunicativos; debido a esto se debe continuar proceso con fonología, posterior a la cirugía plástica, con el fin de restringir la posible nasalización del habla.

La calidad del manejo temprano que se le ha dado a la usuaria y a su grupo familiar en cuanto a parámetros de alimentación como: favorecer un ambiente de alimentación adecuado, utilizar correctos patrones posturales para la alimentación, el uso de utensilios apropiados y acordes a su estructura cráneo-facial, son claves para acompañar el proceso de maduración de la deglución.

RECOMENDACIONES

Al alimentar a su bebé, hágalo de forma lenta, sosténgalo sentado y en posición vertical. La cabeza del niño debe estar más alta que el estómago, esto evitará que los líquidos pasen a través de la fisura a vías aéreas en lugar de ir al estómago. Sáquele los gases después de que haya ingerido entre 1 y 2 onzas de líquido.

Antes del proceso quirúrgico es normal que su bebé presente con frecuencia regurgitación nasal (salida de alimento por la nariz).

Aún después de la cirugía, su niño puede necesitar ayuda para aprender a hablar normalmente. Tenga en cuenta el apoyo terapéutico por parte de un fonólogo especialmente entrenado para ayudar a su niño a hablar mejor. Su niño también puede necesitar más cirugías para reparar su paladar.

Los niños con Fisura Palatina pueden tener otras anomalías congénitas de las estructuras auditivas, y están sujetos a un aumento de enfermedades del oído.

Según lo recomendado por el pediatra, visite con frecuencia al Otorrinolaringólogo para hacer

seguimiento a la evolución de los oídos.

REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Acuerdo Número 03 de 2009 (Julio 30) Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente *Los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*. La comisión de regulación en salud, en ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confiere el numeral 10 del artículo 7° de La Ley 1122 de 2007 y, el literal d) del artículo 76 de la Ley 489 de 1998.

American Speech Language - Hearing Association. Roles of Speech Language Pathologists in Swallowing and Feeding Disorders: Technical Report. (2001).

Barragan, M. *Guía de práctica basada en la evidencia para la auscultación cervical en disfagia orofaríngea*. Bogotá, D, C. mayo, 2008. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/guia_practica_basada_en_la_evidencia_para_la_auscultacion_cervical.pdf

BERNAL, Sonia y Baquero Martha. *Evaluación neurológica del habla*. (sf)

BLEECKX, D. (2004). *Disfagia Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*. Madrid: McGraw Hill. p.25.

BORRÁS S., Salvador, Rosell C, Vicent. (2011). *Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados*. Valencia, España: Nau Llibres.

BOSNICH, J, Durán J, Ponce V, Valdés F. (2010) *Evaluación de los reflejos orofaciales, succión nutritiva y succión no nutritiva en lactantes prematuros y de término, de 3 y 6 meses de edad*. Universidad de Chile. Santiago-Chile.

BRADLEY, R (1984). *Fisiología oral*. Editorial Médica. Panamericana.

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) Ramos, AJ., Vázquez, JL., Herrera, S. (2002). CIE-10 (I): *Introducción, historia y estructura general*. Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social. Centro Colaborador de la OMS. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Santander.

CHARRY, I; Aguirre, M; Castaño, J; Gómez, B; Higuera, Juliana; MATEUS, Gloria Lucia; Montes, D; Villegas, O. *Caracterización De Los Pacientes Con Labio Y Paladar Hendido Y De La Atención Brindada En El Hospital Infantil Universitario De Manizales (Colombia)*, 2010. Recibido para publicación: 31 de julio de 2012- versión corregida: 20 de Octubre de 2012- Aprobado para publicación: 31 de Octubre de 2012. Facultad de Ciencias de la salud, Universidad de Manizales. Volumen (12) Número 2: páginas 190-197, año 2012. Disponible en <http://www.umanizales.edu.co/media/publicaciones/medicina/12-2-7.pdf>

DURÁN G, Américo, Castillo M, Érika Berenice, Ángeles, Eduardo de la Teja, Ramírez Mayans, Jaime A. *Alimentación difícil en el paciente neonato, el enfoque estomatológico*. Reporte de un caso. Revista Odontológica Mexicana, Vol. 16, Núm. 4, pp 285-293. (Octubre-Diciembre 2012).

Fernández, J. El paradigma estético y funcional del paciente con fisura labiopalatina. Madrid-España. 2010. Disponible en <http://www.afilapa.com/archivos/fisura-labiopalatina-Jesus-Fernandez.pdf>

GALLIANI, E. y Vázquez, M. P. (2011, diciembre). Recuperado de http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Ing=ES&Expert=2014

HABBABY, A. N. (2000), *Enfoque integral del niño con fisura labiopalatina*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

LARTIGUE BECERRA, Teresa. *La Alimentación en la Primera Infancia y Sus Efectos en el Desarrollo: Una visión de profesiones de la salud*. Asociación Psicoanalítica Mexicana. México. 1998

LEY 1098 de 2006 (Noviembre 8) por la cual se expide el *Código de la Infancia y la Adolescencia*. Artículos 8, 9, 27, 36 y 46.

Ministerio de protección social; Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria de la Salud de la Universidad Industrial de Santander; UNICEF. (2005). *IAMI Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia* en el marco de los derechos Manual para su aplicación. Bogotá.

MOLINA, G., Guerra, F. y Gutiérrez, R. (sf) *Disfagia y aspiración*. Fundación Jiménez-Díaz. Madrid.

MUÑOZ, J. Bustos, I. Quintero, C. Giraldo, A. (2001, Sep-Dic) *Factores de Riesgo para Algunas Anomalías Congénitas en Población Colombiana*. *Revista de Salud Pública Vol.3 no.3*. Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642001000300004

PONCE, M., y Ponce, J. (sf) *Disfagia y odinofagia*. Servicio de medicina digestiva. Hospital Universitario la Fe. Valencia. Unidad de patología digestiva. Hospital Quiron. Valencia.

QUIJANO, M; Rivas, J; Salas, I, Salazar, M; Sánchez, B; Sierra, C. *Aspectos Sociodemográficos Y Clínicos Del Labio Leporino Y Paladar Fisurado En Una Población Del Suroccidente Colombiano*. Recibido para evaluación: enero 15 de 2009. Aprobado para publicación: febrero 25 de 2009. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Recuperada de <http://interactivos.unicauca.edu.co/Revista%5CPDF%5C2009%5C110103200903.pd>

RESOLUCIÓN NUMERO 5261 DE 1994 Por la cual se establece el *Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*.

SEGOVIA ML. *Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología*. Ed. Médica Panamericana- Segunda edición 1988.

SILVA ARÁNGUIZ, Rodrigo. (2012). *Reflejos Orales*. Universidad de Valparaíso. Chile. Recuperado de:
web:http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/s/pubsilvarodrigsite/artic/20120423/asocfile/reflejos_orales.pdf

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) (2006) Capitulo 53: Disfagia. *Tratado de geriatría para residentes*. En C. Jiménez, C. A. Corregidor y C. Sánchez International Marketing & Communication, (pp. 548).

ZARANTE, I, Franco, L; López, C, Fernández, N. (2010). *Frecuencia de malformaciones congénitas: evaluación y pronóstico de 52.744 nacimientos en tres ciudades colombianas*. Instituto de Genética Humana, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia. Sitio web: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v30n1/v30n1a09.pdf>