Arch Argent Pediatr. 2026;124(4):e202510805

Trastornos de la alimentación en niños con cardiopatías congénitas: implicancias clínicas y rol del fonoaudiólogo

Natalia L. Pugliese[1], *Patricia I. Tabacco*[1], *María del C. Campos*[2]

RESUMEN

Los avances médicos y tecnológicos han incrementado la sobrevida de los niños con cardiopatías congénitas, lo que ha permitido profundizar el conocimiento sobre distintos aspectos de su desarrollo posterior. El compromiso del sistema cardiovascular repercute directamente en la alimentación, generando desde el nacimiento disfunciones de la succión y la deglución que pueden desencadenar una serie de consecuencias como desnutrición, disfagia y malestar clínico. Este problema no solo afecta la esfera fisiológica, sino que también impacta en la dimensión emocional y familiar.

Este artículo sintetiza hallazgos clave en la creciente literatura sobre el impacto de la cardiopatía en la alimentación pediátrica y enfatiza el rol fonoaudiológico.

Se requiere continuar investigando sobre la problemática a fin de aportar mayores conocimientos que posibiliten mejorar la calidad de vida de estos niños y sus familias.

Palabras clave: *cardiopatías congénitas; trastornos de deglución; patología del habla y lenguaje; cuidadores.*

doi (español): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10805
doi (inglés): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10805.eng

Cómo citar: Pugliese NL, Tabacco PI, Campos MC. Trastornos de la alimentación en niños con cardiopatías congénitas: implicancias clínicas y rol del fonoaudiólogo. *Arch Argent Pediatr.* 2026;124(4):e202510805.

[1] Fonoaudiología; [2] Laboratorio de Investigaciones Fonoaudiológicas; Universidad del Museo Social Argentino, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para *Natalia Pugliese: fonopugliese@gmail.com*

Financiamiento*: Ninguno.*

Conflicto de intereses*: Ninguno que declarar.*

Recibido*: 5-7-2025*
Aceptado*: 2-10-2025*

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.
Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original.
No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.
Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha observado un incremento en las consultas de familias preocupadas por las dificultades en la alimentación y en la ganancia de peso de sus hijos.[1,2] Se estima que los trastornos de la alimentación afectan entre el 25 % y el 45 % de los niños con desarrollo típico, y entre el 30 % y el 80 % de aquellos con trastornos del desarrollo.[3] Algunas de las causas de este incremento en la incidencia podrían estar relacionadas con la reducción de la mortalidad, frecuentemente acompañada de una mayor morbilidad.[1]

El trastorno de la alimentación pediátrica (PFD, por las siglas en inglés de *pediatric feeding disorder*), clasificado en la CIE-10 bajo los códigos R63.31 (agudo) y R63.32 (crónico), se define como una ingesta oral deficiente que no es apropiada para la edad y que se asocia con condiciones médicas o alteraciones nutricionales, de habilidades alimentarias o psicosociales.[4] El trastorno abarca los desajustes entre la edad cronológica y madurativa de las habilidades para la ingesta oral adecuada, como también la incapacidad de consumir suficientes alimentos y líquidos para cumplir con los requisitos nutricionales y de hidratación.[4]

En el presente artículo, se emplearán las expresiones "trastornos de la alimentación" y "dificultades de alimentación" como equivalentes a la expresión "trastorno de la alimentación pediátrico" (conforme a la CIE-10).

Algunos niños con condiciones complejas de salud al momento de nacer cursan con trastornos en la alimentación que pueden mantenerse un largo período. Los niños con cardiopatías congénitas (CC) tienen una alta prevalencia de dificultades en la alimentación.[5-8] Además, esta población tiene parámetros disminuidos de crecimiento, en comparación con sus pares sanos, en los primeros tres años de vida.[9]

Las CC son las malformaciones del corazón que con mayor frecuencia se producen en el desarrollo prenatal.[10] Se ocasionan como resultado de una embriogénesis anormal del corazón de causa multifactorial aún no muy esclarecida. Se han descripto factores de riesgo genéticos y ambientales con potencial para producirlas.[11]

En la Argentina, 1 de cada 100 recién nacidos (aprox. 7000 por año) presenta alguna CC.[10,12] Según el último registro publicado por la Red Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC), que releva solo las CC graves, se informan 344 casos en 2023, con una prevalencia de 16,29/10 000 nacidos vivos (IC95%:14,62-18,11). Menos del 10 % de los casos presentaba una condición sindrómica.[13] Durante el primer año de vida, casi el 50 % de estos lactantes requiere una corrección quirúrgica.[12]

Si bien las CC son la primera causa de muerte perinatal y representan el 10 % del total de las defunciones infantiles,[14] en las últimas décadas, los avances médicos y tecnológicos permitieron la sobrevida del 80 % al 90 % de niños con defectos cardíacos complejos.[7,15,16] La mayor supervivencia ha permitido identificar aspectos del desarrollo posterior y reconocer secuelas potenciales asociadas a una condición grave de salud que requiere medicación crónica, procedimientos invasivos e internaciones prolongadas.[6,16]

El fonoaudiólogo desempeña un rol fundamental en la detección, evaluación e intervención de los trastornos de la alimentación y deglución en pediatría. Su formación específica en las funciones oromotoras, respiratorias y deglutorias le permite abordar integralmente tanto las alteraciones primarias (derivadas de la patología de base) como las secundarias (secuelas posquirúrgicas o asociadas a dispositivos invasivos). La intervención temprana favorece la identificación de signos de alarma, la prevención de complicaciones como aspiraciones, malnutrición o retraso en el crecimiento, y la orientación a los cuidadores en prácticas de alimentación seguras y adaptadas a cada caso clínico. Asimismo, la inclusión del fonoaudiólogo en equipos transdisciplinarios contribuye a optimizar la seguridad y eficiencia de la ingesta oral, impactando de manera positiva en la calidad de vida del niño y su familia.[4,6,17,18]

El presente artículo pretende ofrecer una revisión narrativa de la evidencia actual sobre los trastornos de alimentación en niños con CC, describir su fisiopatología y el rol del fonoaudiólogo en los equipos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Diversos estudios que compararon a lactantes con CC con sus pares sanos informaron una mayor prevalencia de PFD en los primeros. Se observaron, con frecuencia, disfagia orofaríngea y dificultad en la ganancia ponderal. En los casos que requirieron alimentación por sonda nasogástrica (SNG), la transición hacia la vía oral resultó más prolongada que en otras patologías. Como resultado, entre el 29 % y el 45 % de los pacientes son externados aún con SNG.

Asimismo, entre el 18 % y el 74 % de los lactantes con cardiopatía congénita sin comorbilidades persisten con algún grado de disfagia tras la cirugía correctiva.[7,8,19-21]

Se identificó una correlación estadísticamente significativa entre la intubación orotraqueal prolongada (mayor a 24 horas) y la aparición de disfagia. Además, la mediana del número de alteraciones deglutorias varió según la vía de alimentación: durante la lactancia materna fue de 1 alteración, mientras que con biberón ascendió a 4 (p = 0,043), lo que evidencia un mayor riesgo de incoordinación y de signos de disfagia con la alimentación mediante esta última modalidad. Los lactantes posquirúrgicos presentaron más episodios de incoordinación succión-deglución-respiración (36,8 %) y de tos o ahogos (42,1 %) durante la alimentación con biberón, probablemente debido a la mayor velocidad de flujo.[22,23]

Los signos y síntomas frecuentes de PFD en lactantes y niños pequeños con CC, se pueden sintetizar entre los siguientes:[5-8,24,25]

- descontrol fisiológico durante la alimentación (taquicardia, fatiga, taquipnea, letargo, cianosis, disnea grave, hipotensión arterial, tos, ahogos, náuseas);
- disfunción motora oral;
- retraso en el desarrollo de habilidades para comer;
- señales de estrés significativas;
- conductas alimentarias problemáticas (desorganización, desconexión y negativa a la ingesta);
- selectividad y alimentación restrictiva;
- disfunción del procesamiento sensorial oral o aversión oral;
- prolongada transición a la alimentación oral completa;
- disfagia orofaríngea con incoordinación de patrones de succión-deglución-respiración;
- demora en el inicio de alimentación vía oral luego de la cirugía (por retraso del cierre del esternón, intubación prolongada, entre otras);
- retraso del crecimiento que conduce a morbimortalidad.

En determinados tipos de cardiopatías, como la enfermedad cardíaca del ventrículo único, se ha demostrado que la nutrición por SNG no ha representado ganancia de peso adecuada a largo plazo luego de la cirugía.[9] Del mismo modo, los lactantes con cardiopatía cianótica y aquellos con síndrome del corazón izquierdo hipoplásico presentan una mayor prevalencia de problemas de alimentación y crecimiento.[26]

Estudios a largo plazo informaron que en el 11,5 % de 78 niños estudiados, los trastornos de alimentación persistieron durante al menos tres años tras la cirugía a corazón abierto.[27]

FISIOPATOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS

Al nacer, la alimentación es una función aeróbica, con gran gasto energético, en la cual se deben coordinar reflejos vitales de succión, deglución y respiración, para lograr la ingesta nutricional adecuada.[5,25] Estas funciones del sistema estomatognático requieren la integridad de los otros subsistemas del organismo para desarrollarse adecuadamente.[28]

Así, las enfermedades cardíacas pueden interferir significativamente el proceso de alimentación oral. Esta falla en el control fisiológico de su homeostasis interna durante la succión conduce, en muchas oportunidades, a la elección de una vía alternativa de alimentación no oral hasta el momento de resolución quirúrgica. Incluso luego de la cirugía reparadora, pueden persistir dificultades devenidas de la privación de estímulos orales y/o la aversión que ocasiona el uso de tubos orales, cánulas, sondas de alimentación y cintas de fijación en la cara del paciente.[5-8,29,30] Los pacientes con CC sometidos a múltiples cirugías cardíacas y aquellos con trastornos tempranos de la alimentación corren riesgo de prolongar los PFD durante toda su primera infancia.[31]

Las dificultades oromotoras (así como también, la mayor demanda metabólica, la alimentación enteral retrasada secundaria a la infusión de prostaglandina, el riesgo de hipoperfusión mesentérica e intubación prolongada, entre otras), son una de las causas que también deben considerarse dentro del abanico multifactorial que conducen a los problemas nutricionales de los niños con cardiopatías.[19,20] Las dificultades oromotoras no son consideradas, a diferencia de las demás.

Determinados factores como el uso de SNG por tiempo prolongado, el reflujo gastroesofágico y las secuelas posquirúrgicas (como las parálisis de cuerda vocal izquierda y/o diafragmáticas) durante un período crítico del desarrollo pueden interferir en las habilidades orales para comer.[29]

DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

Es importante realizar una evaluación integral de las habilidades para la alimentación desde el

nacimiento, con el objetivo de identificar tanto las dificultades como las capacidades del paciente para lograr una alimentación eficiente, segura y confortable. La bibliografía especializada recomienda que los fonoaudiólogos sean incluidos en los equipos de atención de PFD en las consideraciones sobre las habilidades orales.[18,24,25]

Ante la presencia de los signos y síntomas descriptos anteriormente, se recomienda la interconsulta con un fonoaudiólogo especialista en fonoestomatología, encargado de los trastornos de succión, deglución y otras funciones orales.[32]

La intervención del fonoaudiólogo debe iniciarse desde la unidad de cuidados intensivos neonatales, dado que las dificultades se manifiestan desde la primera forma de alimentación: la succión. Esta puede constituir incluso el primer signo de alerta en ausencia de un diagnóstico prenatal. Entre las principales señales de alarma observadas durante la lactancia materna o la alimentación con biberón, se incluyen: tos, episodios de ahogo, incremento del esfuerzo respiratorio, taquicardia (>160 lpm), quejidos, estridor, cianosis, palidez, fatiga, tomas prolongadas (superiores a 30-40 minutos), interrupciones frecuentes en los ciclos de succión, llanto disfónico y desconexión.[5,28,33]

Tras el relevamiento de los antecedentes, el fonoaudiólogo realiza un diagnóstico funcional de las habilidades orales para la alimentación mediante la evaluación clínica del desarrollo oromotor. En algunos casos, puede complementarse con estudios instrumentales como la videodeglución o la fibroendoscopia deglutoria, especialmente ante la sospecha de aspiraciones silentes. Los protocolos clínicos incluyen el análisis de diversas categorías:[34]

- historia de alimentación,
- nivel de conciencia durante la ingesta,
- estabilidad postural y control motor global,
- examen físico sensoriomotor oral: anatomía craneofacial, cavidad oral y lengua, reflejos orales, sensibilidad táctil, tono muscular, movilidad y rango de movimiento,
- funciones según desarrollo: succión, deglución, sorbición y masticación,
- sinergias entre funciones y estabilidad fisiológica durante la alimentación.

Los resultados de la evaluación se discuten con el equipo transdisciplinario en términos de seguridad y eficiencia, a fin de definir la conducta más adecuada para cada paciente: iniciar o suspender la vía oral, mantener un esquema mixto (pecho o biberón combinado con SNG), indicar intervención terapéutica, implementar estrategias compensatorias seguras, o planificar la transición de sonda a la succión.[28] Se recomienda habilitar la vía oral segura lo más pronto posible para prevenir las secuelas asociadas al uso prolongado de sondas, tales como la privación de estímulos orales y el malestar gástrico y faríngeo. Cuando la alimentación oral aún no es viable, se aconseja mantener la estimulación no nutritiva y brindar experiencias orales positivas.[23]

En la *Tabla 1*, se presentan los objetivos y estrategias de las intervenciones fonoaudiológicas en la alimentación de niños con cardiopatías congénitas.[18,21,23]

No obstante, el tratamiento transdisciplinario debe abordar no solo las dificultades iniciales de la succión nutritiva en el período neonatal, sino también incluir el seguimiento posquirúrgico, tanto en los casos que requieren intervención terapéutica por disfagia persistente como en la vigilancia y estimulación de las habilidades orales

Tabla 1. Intervenciones fonoaudiológicas en la alimentación de niños con cardiopatías congénitas

Objetivos principales	Optimizar la eficiencia y seguridad de la alimentación. Reducir el esfuerzo y la duración de las tomas. Favorecer la organización oral y el manejo del bolo.
Estrategias terapéuticas	Estimulación sensoriomotora oral. Succión no nutritiva: técnica de dedo enguantado o mama vacía. Transición a succión nutritiva: según criterios clínicos de aptitud. Coordinación succión-deglución-respiración. Modulación de la velocidad del flujo de leche (técnica de sonda-dedo). Cambios posturales. Administración de pausas. Creación de un ritmo adecuado. Fragmentación de las tomas con volúmenes dosificados.

más maduras que el niño debe ir adquiriendo.

El abordaje debe contemplar de manera central a la familia, dado que los lactantes y niños pequeños dependen del cuidador para el cumplimiento de esta función vital. Los padres necesitan información clara, orientación y acompañamiento profesional, ya que son participantes activos que enfrentan cotidianamente la situación.[25]

En este marco, el fonoaudiólogo entrena al cuidador en estrategias de alimentación corregulada. Este modelo promueve la responsividad: enseñar al adulto a reconocer las señales que el niño emite cuando la alimentación se torna desafiante y responder de manera adecuada. De este modo, se fortalece el vínculo de confianza entre el niño y quien lo asiste, favoreciendo experiencias positivas y un aprendizaje saludable en la alimentación.[6]

PERSPECTIVAS CLÍNICAS

El 42,9 % (IC95% 30,4-54,4) de los niños con CC presentan dificultades de alimentación o deglución. Dentro de este grupo, la aspiración tiene una prevalencia media agrupada del 32,9 % (IC95% 20-43,25). La prevalencia es mayor en CC complejas cianóticas (49,9 %) que en acianóticas (32,5 %). En el período posquirúrgico, los PFD presentan una prevalencia variable entre el 18 % y el 83 %, y entre el 31,3 % y el 58,3 % de los pacientes requieren el alta con sonda de alimentación. En síntesis, aproximadamente la mitad de los niños con CC puede presentar dificultades de alimentación o deglución, y un tercio puede cursar con aspiración, especialmente en neonatos, en el posoperatorio y en malformaciones cardíacas complejas.[35-37]

A pesar de la relevancia de estas cifras, la alimentación y la deglución en niños con CC suelen no considerarse un componente crítico de la atención y, con frecuencia, se perciben como de menor complejidad que otras intervenciones médicas. Sin embargo, las habilidades orales para la alimentación constituyen la base para un desarrollo adecuado y una condición indispensable para alcanzar el peso requerido para la cirugía, aunque en esta población continúan siendo un tema controvertido.

En términos generales, muchas familias señalan no haber recibido orientación profesional suficiente respecto a estas dificultades y refieren haber recurrido principalmente a redes sociales y grupos de padres con niños con la misma condición.[25] La alimentación de lactantes y niños con CC representa un desafío de crianza significativo para los adultos, por eso es esencial que los profesionales trabajen de manera estrecha con ellos para garantizar una ingesta calórica y nutricional adecuada que permita un crecimiento y aumento de peso apropiados.[26]

Dado que la alimentación constituye una de las primeras funciones de crianza, es fundamental preparar a las familias en este aspecto cuando existe un diagnóstico prenatal. Si bien la evidencia indica que el amamantamiento es seguro y eficaz en la mayoría de los RN con CC, anticipar posibles dificultades puede reducir el impacto emocional y la frustración en los casos en que la lactancia exclusiva no sea viable antes de la cirugía reparadora. Al mismo tiempo, se debe alentar la extracción de leche materna para que el recién nacido reciba leche humana desnatada (por proceso de centrifugado o refrigeración), la cual se asocia con menor riesgo de enterocolitis necrosante y con mejores resultados en la ganancia de peso en comparación con las fórmulas comerciales.[38,39]

En el acervo científico, la mayoría de los estudios se han realizado con muestras pequeñas, no representativas o heterogéneas (frecuentemente con comorbilidades), lo que refuerza la necesidad de continuar investigando en profundidad esta problemática.[30]

CONCLUSIONES

La alimentación es un proceso complejo, influido por el estado fisiológico y fisiopatológico de múltiples subsistemas del organismo, entre ellos el respiratorio, el cardiovascular, el digestivo, el neurológico, el sensorial y el psíquico.

En lactantes y niños con CC, este proceso constituye un desafío que el equipo de salud no debe subestimar. Desde el inicio de la vida requiere atención especializada y acompañamiento continuo. En este contexto, la intervención fonoaudiológica resulta fundamental para la detección temprana de dificultades, la prevención de complicaciones nutricionales y respiratorias, y la orientación a los cuidadores en estrategias seguras. Su integración en equipos transdisciplinarios optimiza la seguridad de la deglución y contribuye a mejorar la calidad de vida del niño y su familia.

Asimismo, es indispensable profundizar la investigación en este campo con el fin de ampliar la comprensión y favorecer un abordaje integral de la problemática. Se requieren estudios que exploren la adquisición de habilidades orales

para la alimentación en diferentes etapas del desarrollo —a corto, mediano y largo plazo— con el objetivo de generar evidencia que oriente la práctica clínica y la planificación de cuidados. ■

REFERENCIAS

1. Estrem H, Pados BF, Park J, Knafl KA, Thoyre SM. Feeding problems in infancy and early childhood: evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2017;73(1):56-70. doi:10.1111/jan.13140.
2. Lee WS, Tee CW, Tan AG, Wong SY, Chew KS, Cheang HK, et al. Parental concern of feeding difficulty predicts poor growth status in their child. *Pediatr Neonatol*. 2019;60(6):676-83. doi:10.1016/j.pedneo.2019.04.004.
3. Barton C, Bickell M, Fucile S. Pediatric oral motor feeding assessments: a systematic review. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2018;38(2):190-209. doi:10.1080/01942638.2017.1290734.
4. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019;68(1):124-9. doi:10.1097/MPG.0000000000002188.
5. Pados BF, Thoyre SM, Estrem HH, Park J, Knafl GJ, Nix B. Effects of milk flow on the physiological and behavioural responses to feeding in an infant with hypoplastic left heart syndrome. *Cardiol Young*. 2017;27(1):139-53. doi:10.1017/S1047951116000251.
6. Peterson J. Supporting optimal neurodevelopmental outcomes in infants and children with congenital heart disease. *Crit Care Nurse*. 2018;38(3):68-74. doi:10.4037/ccn2018514.
7. Desai H, Lim AN. Neurodevelopmental Intervention Strategies to Improve Oral Feeding Skills in Infants with Congenital Heart Defects. *Perspect ASHA Spec Interest Groups*. 2019;4(6):1492-7. doi:10.1044/2019_PERS-SIG13-2019-0017.
8. Pados BF. Symptoms of problematic feeding in children with CHD compared to healthy peers. *Cardiol Young*. 2019;29(2):152-61. doi:10.1017/S1047951118001981.
9. Butto A, Mercer-Rosa L, Teng C, Daymont C, Edelson J, Faerber J, et al. Longitudinal growth in patients with single ventricle cardiac disease receiving tube-assisted feeds. *Congenit Heart Dis*. 2019;14(6):1058-65. doi:10.1111/chd.12843.
10. Meller H, Grinenco S, Aiello H, Córdoba A, Sáenz-Tejeira MM, Marantz P, et al. Cardiopatías congénitas, diagnóstico y manejo prenatal. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(2):e149-61. doi:10.5546/aap.2020.e149.
11. Suluba E, Shuwei L, Xia Q, Mwanga A. Congenital heart diseases: genetics, non-inherited risk factors, and signaling pathways. *Egypt J Med Hum Genet*. 2020;21:11. doi.org/10.1186/s43042-020-0050-1.
12. Argentina. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC). Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2025. [Consulta: 1 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/cardiopatiascongenitas
13. Red Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina. Reporte Anual RENAC 2024: análisis epidemiológico sobre las anomalías congénitas registradas durante 2023 en la República Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2025. [Consulta: 1 de junio de 2025]. Disponible en: https://ine.gov.ar/images/docs/RepRENAC2024.pdf
14. Groisman B, Barbero P, Liascovich R, Brun P, Bidondo MP. Detección de cardiopatías congénitas críticas en recién nacidos en Argentina a través del sistema nacional de vigilancia de anomalías congénitas (RENAC). *Arch Argent Pediatr*. 2022;120(1):6-13. doi:10.5546/aap.2022.6.
15. Peterson JK, Evangelista LS. Developmentally supportive care in congenital heart disease: a concept analysis. *J Pediatr Nurs*. 2017;36:241-7. doi:10.1016/j.pedn.2017.05.007.
16. Saavedra MJ, Eymann A, Pérez L, Busaniche J, Nápoli N, Marantz P, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en niños con cardiopatía congénita operados durante el primer año de vida. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(3):166-72. doi:10.5546/aap.2020.166.
17. Arvedson JC, Brodsky L, Lefton-Greif MA, (eds). Pediatric swallowing and feeding: assessment and management. 3rd ed. San Diego (CA): Plural Publishing; 2020.
18. Barbosa MDG, Germini MFCA, Fernandes RG, de Almeida TM, Magnoni D. Revisão integrativa: atuação fonoaudiológica com recém-nascidos portadores de cardiopatia em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev CEFAC*. 2016;18(2):508-12. doi:10.1590/1982-021620161826815.
19. McKean EB, Kasparian NA, Batra S, Sholler GF, Winlaw DS, Dalby-Payne J. Feeding difficulties in neonates following cardiac surgery: determinants of prolonged feeding-tube use. *Cardiol Young*. 2017;27(6):1203-11. doi:10.1017/S1047951116002845.
20. Indramohan G, Pedigo TP, Rostoker N, Cambare M, Grogan T, Federman MD. Identification of risk factors for poor feeding in infants with congenital heart disease and a novel approach to improve oral feeding. *J Pediatr Nurs*. 2017;35:149-54. doi:10.1016/j.pedn.2017.01.009.
21. Barbosa MDG, Castelo PM, Pimenta Ferreira CL, Haddad DS, Chiari BM, Santana MV, Bommarito S. Congenital heart disease in children: orofacial myofunctional aspects, eating behavior and facial temperature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020;131:109883. doi:10.1016/j.ijporl.2020.109883.
22. Kohr LM, Dargan M, Hague A, Nelson SP, Duffy E, Backer CL, et al. The incidence of dysphagia in pediatric patients after open heart procedures with transesophageal echocardiography. *Ann Thorac Surg*. 2003;76(5):1450-6. doi:10.1016/S0003-4975(03)00956-1.
23. Souza PC, Gigoski VS, Etges CL, Barbosa LR. Achados da avaliação clínica da deglutição em lactentes cardiopatas pós-cirúrgicos. *Codas*. 2018;30(1): e20170024. doi:10.1590/2317-1782/20182017024.
24. Pados BF, Harrison TM. Feeding at 6–12 months in infants with CHD. *Cardiol Young*. 2023;33(10):1866-72. doi:10.1017/S1047951122003298.
25. Marino LV, Johnson MJ, Davies NJ, Kidd C, Richens T, Bharucha T, et al. Development of feeding information for infants with CHD. *Cardiol Young*. 2019;29(9):1165-71. doi:10.1017/S1047951119001665.
26. Rogers B, Theis S. Neurodevelopmental assessment of swallowing and feeding. In: Arvedson JC, Brodsky L, Lefton-Greif MA, (eds). Pediatric swallowing and feeding: assessment and management. 3rd ed. San Diego (CA): Plural Publishing; 2020:128.
27. Bejiqi R, Retkoceri R, Bejiqi H, Maloku A, Vuçiterna A, Zeka N, et al. Kosovo's experience for children with feeding difficulties after cardiac surgery for congenital heart defect. *Open Access Maced J Med Sci*. 2017;5(7):920-4. doi:10.3889/oamjms.2017.205.
28. Xavier C. Evaluación e intervención logopédica en los neonatos. Enfoque hospitalario. In: Zambrano Toledo N, Puyuelo Sanclemente M, Xavier C, (coords). Terapia miofuncional orofacial: actualización y nuevos campos de actuación. Madrid: EOS; 2017:13-46.
29. Shine AM, Finn DG, Allen N, McMahon CJ. Transition from

tube feeding to oral feeding: experience in a tertiary care pediatric cardiology unit. *Ir J Med Sci.* 2019;188(1):201-8. doi:10.1007/s11845-018-1812-3.
30. Jacobwitz M, Dean Durning J, Moriarty H, James R, Irving SY, Licht DJ, et al. Oral feeding dysfunction in post-operative infants with congenital heart disease: a scoping review. *Cardiol Young*. 2023 Apr;33(4):570-578. doi: 10.1017/S1047951122001299.
31. Maurer I, Latal B, Geissmann H, Knirsch W, Bauersfeld U, Balmer C. Prevalence and predictors of later feeding disorders in children who underwent neonatal cardiac surgery for congenital heart disease. *Cardiol Young*. 2011;21(3):303-9. doi:10.1017/S1047951110001976.
32. Ley 27.568. Ejercicio profesional de la Fonoaudiología. Boletín Oficial de la República Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 7 de octubre de 2020. [Consulta: 22 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236542/20201027
33. Bernardis Bühler KE, Custodio Flabiano-Almeida F. Contribuçao da avaliaçao fonoaudiológica para o delineamento da intervençao na disfagia pediátrica. In: Salle Levy D, Tamanini de Almeida S, (eds). Disfagia infantil. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2018:73-82.
34. Pugliese N, Yanco R. Fonoestomatología en la atención de los bebés prematuros. *Rev Med Quir Asoc Med Hosp Rivadavia*. 2019;58(147):27-30.
35. Norman V, Zühlke L, Murray K, Morrow B. Prevalence of feeding and swallowing disorders in congenital heart disease: a scoping review. *Front Pediatr.* 2022;10:843023. doi:10.3389/fped.2022.843023.
36. Hahn S, Willette S, Lay A, Schroeder J, Hazkani I, Valika T, et al. Prevalence, clinical factors and impact of dysphagia after cardiac surgery for congenital heart disease. *Pediatr Cardiol*. 2025. doi:10.1007/s00246-025-03953-y.
37. Lundine JP, Dempster R, Carpenito K, Miller-Tate H, Burdo-Hartman W, Halpin E, et al. Incidence of aspiration in infants with single-ventricle physiology following hybrid procedure. *Congenit Heart Dis*. 2018;13(5):706-12. doi:10.1111/chd.12636.
38. Gregory C. Use of test weights for breastfeeding infants with congenital heart disease in a cardiac transitional care unit: a best practice implementation project. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2018;16(11):2224-45. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003759.
39. Davis JA, Spatz DL. Human Milk and Infants with Congenital Heart Disease: A Summary of Current Literature Supporting the Provision of Human Milk and Breastfeeding. *Adv Neonatal Care*. 2019;19(3):212-8. doi:10.1097/ANC.0000000000000582.