



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR
HENDIDO.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

DIANA CECILIA VILLA CABALLERO

TUTORA: Esp. CECILIA ISABEL SUÁREZ NEGROE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Gracias a mis papás y hermano a quienes amo y me apoyaron desde el primer segundo en que elegí esta carrera hasta el final, sin ellos no lo hubiera logrado alcanzar mi sueño.

Amo y agradezco a mi esposo, quien me conoció durante mis estudios, y me brindó motivación, felicidad y apoyo incondicional.

Gracias a mis abuelitos por darme todo su amor, sin ellos no me encontraría en donde estoy ahora.

Doy gracias a la UNAM por recibirme y ser mi casa durante 5 años, brindándome todas las oportunidades para obtener el título de Cirujana Dentista.

Gracias a mi maestra y tutora por inspirarme y ayudarme a alcanzar mis metas.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. Objetivos.....	8
2. Lactancia materna.....	8
2.1 Declaración sobre la lactancia materna OMS/UNICEF-2004.....	9
2.2 Lactancia materna con paladar hendido.....	10
2.3 Proceso de amamantamiento en situaciones normales.....	10
2.4 Fisiología de la lactación.....	10
2.5 Mecánica del amamantamiento.....	11
3. Labio paladar hendido.....	12
3.1 Causas de labio paladar hendido.....	13
3.2 Clasificación de fisuras orales.....	15
3.2.1 Paladar primario.....	15
3.2.2 Paladar secundario.....	15
3.3 Hendiduras en el labio y el alveolo (paladar primario).....	18
3.3.1 Labio y paladar hendido unilaterales.....	19
3.3.1.1 Premaxila y tabique nasal.....	19
3.3.1.2 Labio y columnela.....	19
3.3.1.3 Vómer y proceso palatino.....	20
3.3.2 Labio y paladar hendido bilaterales.....	20
3.3.2.1 Premaxila.....	21
3.3.2.2 Labio y columnela.....	21
3.3.3 Paladar hendido.....	22
3.3.3.1 Paladar hendido submucoso.....	22
4. Alimentación en niños con paladar hendido.....	23
4.1 Introducción a la Ortodoncia.....	25
4.2 Auxiliares en la alimentación con paladar hendido.....	26

4.2.1 Ortopedia Prequirúrgica.....	27
4.2.2 Obturador palatino.....	28
4.2.2.1 Placa ortopédica tipo Hotz.....	28
4.3 Toma de impresiones en neonatos.....	31
4.4 Alimentador de Haberman.....	33
4.5 Protocolo de alimentación.....	35
4.6 Dificultades.....	36
4.7 Estudio con videofluoroscopia.....	39
4.7.1 Hallazgos en la videofluoroscopia en infantes con paladar hendido.....	40
4.8 Recomendación de la OMS (puntuación z).....	42
5. Conclusiones.....	43
6. Fuentes de información.....	45
7. Fuentes de información de imágenes.....	48



INTRODUCCIÓN

El primer año de vida constituye una de las etapas más vulnerables con respecto a la nutrición. La lactancia materna ha permitido la supervivencia de la especie humana y confiere beneficios únicos de crecimiento y desarrollo cubriendo por completo las necesidades nutricionales en los primeros meses de la vida.

La leche materna tiene una naturaleza dinámica ajustada a las necesidades del niño en crecimiento y no sólo aporta componentes nutritivos sino también factores bioactivos necesarios para el desarrollo infantil. La lactancia materna exclusiva hasta el primer año de vida reporta múltiples beneficios, tanto para el lactante como para la madre que amamanta.

El labio y el paladar hendido (LPH) son trastornos de la fusión que afectan al esqueleto del tercio medio facial. Se producen durante la formación del feto en el útero materno por la falta de desarrollo y de cierre de los maxilares superiores entre la 5ta y 6ta semana de gestación.

La fisura puede ser del labio total o parcial con parte o todo el paladar. Y si bien su etiología es a menudo desconocida, puede tener un origen genético, teratogénico o heredado. La hendidura puede presentarse aislada o como un síntoma de unos 300 síndromes diferentes y el paladar hendido, con o sin fisura labial, representa una de las malformaciones congénitas más frecuentes en los seres humanos.

La incidencia oscila en todo el mundo entre 0,8 y 2,7 casos por 1.000 nacimientos vivos y está condicionada por la religión, el sexo, la raza y las



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



características de la madre. Los descendientes de los individuos con labio fisurado corren un riesgo mayor (de 1:20) de padecer fisura labial. Si otros hermanos o parientes cercanos tienen también hendiduras palatinas y/o labiales, la frecuencia es de 1:6.

En estos trastornos, la lactancia materna ofrece ventajas adicionales, como la reducción de las infecciones en el oído medio y la prevención de la inflamación de la mucosa nasal causada por el reflujo de la leche. Otra ventaja importante tiene que ver con el equilibrio de la musculatura orofacial.

Los músculos activados durante la lactancia materna son estimulados, lo que resulta en el desarrollo adecuado de las estructuras del sistema motor sensorial oral y funciones como el habla y el lenguaje, que a menudo se ven afectados en niños con hendiduras. También, la flexibilidad de la mama hace que se acomode mejor a la cavidad oral de manera que ocluye la hendidura.

Además de las ventajas antes mencionadas, la lactancia materna estimula el vínculo madre-hijo pero por la falta de familiarización de las madres con niños con paladar hendido esta unión puede verse amenazada.

También debe considerarse el inevitable impacto social y psicológico causado al niño, a sus padres y a la familia. Con el objeto de evitar estos problemas, los especialistas de todo el mundo han decidido formar equipos multidisciplinarios para tratar a niños con labio y paladar hendido, con la formación de un equipo médico que incluyen la cirugía plástica, la cirugía maxilofacial o craneofacial, la odontología (pediátrica, ortodóncica, cirugía oral, etc.) la cirugía otorrinolaringológica, la audiología, la logopedia, el apoyo



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



psicológico, la enfermería y los servicios sociales. En algunos casos, también se incluyen las especialidades de genética, oftalmología y neurocirugía.

En la actualidad, la observación prenatal mediante la ecografía o resonancia magnética tridimensional proporciona el conocimiento del nacimiento inminente de un bebé con hendidura, lo que permite que la familia se prepare para el acontecimiento y se realice una planificación médica para la llegada y el cuidado especial posterior del neonato.

Se llama labio paladar hendido a la malformación craneofacial producida por defectos en la formación de la cara a la altura del labio superior, el alveolo, el paladar duro o el paladar blando, o ambos.

Los pacientes con LPH presentan gran cantidad de alteraciones, por lo que es muy importante que su atención comience desde el momento del nacimiento, y sea llevada a cabo por profesionales experimentados de diversas especialidades que mantengan contacto entre sí.



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



1. Objetivos

- Estudiar las principales alteraciones en la alimentación que presentan este tipo de pacientes.
- Recalcar la importancia de las propiedades de la leche materna, así como el estímulo del amamantamiento y el vínculo madre-hijo existente.
- Conocer el equipo integral de especialistas que trataran esta malformación.
- Conocer la importancia de la comunicación hacia los padres acerca de la patología.
- Estudiar las técnicas de alimentación del infante.
- Conocer la aparatología temprana requerida en este tipo de casos, así como los auxiliares en la alimentación.
- Reconocer las dificultades asociadas y esperadas en estos casos.

2. Lactancia materna

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas¹.



2.1 Declaración sobre la lactancia materna OMS/UNICEF-2004

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) prepararon conjuntamente la estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño a fin de reavivar la atención que el mundo presta a las repercusiones de las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud, y en suma, en la propia supervivencia de los lactantes y los niños pequeños.

“No practicar la lactancia natural, y especialmente la lactancia natural exclusiva durante el primer medio año de vida, representa un factor de riesgo importante a efectos de morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, que se agrava aún más por la alimentación complementaria inadecuada. Las repercusiones duran toda la vida y son, entre otras, los malos resultados escolares, una productividad reducida y las dificultades de desarrollo intelectual y social”.²

2.2 Lactancia materna con paladar hendido

Desde hace muchos años se han documentado las dificultades en la alimentación asociadas al paladar hendido. En los casos no sindrómicos, se piensa que el problema es el fracaso para generar la suficiente presión intraoral negativa (succión) durante la alimentación. Esto a su vez afecta la unión al pezón de la madre y la extracción de la leche, así como la organización de bolo, la retención del bolo en la boca antes de comenzar a deglutir y la misma deglución.



Las secuelas de la unión oronasal existente incluyen la ingesta excesiva de aire, la regurgitación nasal, fatiga, tos, asfixia y atragantamiento con fluidos, alimentación prolongada e incomodidad; es por esto que los padres pueden temer a la tarea de alimentar a su bebé.³

2.3 Proceso de amamantamiento en situaciones normales

El acto de amamantamiento es un proceso en el que el recién nacido succiona el seno materno y con los labios detecta el pezón, contrayéndolo firmemente obteniendo un sellado hermético, dicho proceso provee al niño de una sustancia viva (leche materna) de gran complejidad biológica activamente protectora e inmunomoduladora ya que no solo proporciona protección exclusiva contra infecciones y alergias sino que estimula el adecuado desarrollo del sistema inmunológico y estomatognático del bebé.⁴

2.4 Fisiología de la lactación

La secreción de leche es el resultado final de la influencia de los estrógenos, la progesterona y el lactógeno placentario humano (HpL), éste último estimula las células alveolares para que comience la lactogénesis, de modo que en la última parte del embarazo, las mamas secretan calostro.

Después del nacimiento, los agentes inhibidores de la prolactina y las hormonas estrógenos, progesterona y lactógeno placentario humano (HpL)



disminuyen rápidamente provocando un aumento de la secreción de prolactina, estimulando la producción de leche que a su vez se incrementa durante la succión, con esta la hipófisis posterior segrega oxitocina, que da lugar al reflejo de descenso de leche que hace que esta se dirija de los alveolos, por los conductos, hacia el pezón.^{4,5}

El estímulo adecuado de las terminaciones nerviosas causa la erección del pezón y acciona el mecanismo hipofisiario liberando oxitocina y prolactina.⁴

Hacia el tercer o cuarto día posparto, el efecto de la prolactina en el tejido mamario es evidente y la hormona se presenta en cantidad suficiente como para producir congestión de los senos, entonces la leche sustituye al calostro y una vez que se establece la lactación, la succión es el estímulo más importante para mantener la producción de leche.⁵

2.5 Mecánica del amamantamiento

El amamantamiento se realiza en 2 fases, en la primera hay presión del pezón y la areola, cierre hermético de los labios, el maxilar inferior desciende y en la región anterior se forma un vacío permaneciendo cerrada la parte posterior por el paladar blando y parte posterior de la lengua.

En la segunda fase avanza el maxilar inferior de una posición de reposo hasta colocar su reborde alveolar frente al superior. Para hacer salir la leche presiona el maxilar inferior al pezón y lo exprime por un frotamiento anteroposterior, colocando la lengua en forma de cuchara adaptándose por la parte ventral a la parte inferior del pezón de la madre.⁶



3. Labio paladar hendido

Esta malformación afecta a uno de cada 566 recién nacidos vivos en México, esta deformación se caracteriza por que los bebés tienen comunicación entre la cavidad nasal y la cavidad oral, podrán ejercer la presión mecánica que se necesita para obtener la leche sin embargo les puede costar trabajo quedar prensados del pecho de la madre.

Las dificultades que se presentan son proporcionales al tamaño del defecto, pudiendo ser estos leves, moderados o severos (Figura 1). Entre mayor distancia hay entre los segmentos palatinos, mayor es la afección del paladar secundario y se vuelve más difícil el amamantamiento.

Generalmente los bebés con labio y paladar hendido pueden succionar cuando cuentan con la placa obturadora; mejor aún después de la queiloplastía que se realiza a las 10 semanas de vida.^{7,8}

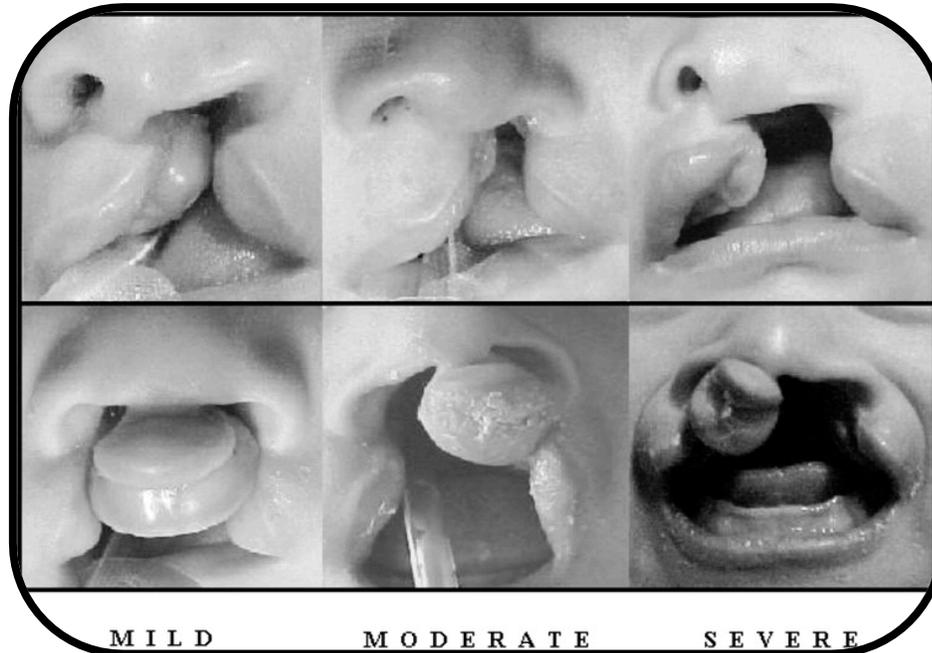


Fig. 1. De izquierda a derecha se muestra la severidad del defecto como leve, moderado y severo.¹

3.1 Causas de labio paladar hendido

Si bien su etiología es a menudo desconocida; las causas de esta malformación pueden reunirse en dos grandes grupos: las de origen genético y las ambientales.

Dentro de la categoría de origen genético hay tres subgrupos:

1. Herencia monogénica: malformación debida a una variación o una mutación de un gen dominante o de ambos alelos recesivos siguiendo los patrones básicos de las leyes mendelianas.



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



2. Herencia poligénica o multifactorial: las malformaciones surgen de interacciones complejas entre numerosas variables de genes menores que interactúan con factores ambientales, por lo general poco conocidos.
3. Aberración cromosómica: afecta de forma global el crecimiento prenatal tanto corporal como cerebral. Esta afectación del crecimiento genera malformaciones de órganos y sistemas.

A su vez las causas ambientales también pueden subdividirse en tres subgrupos:

1. Físicas: las más comunes son las producidas por radiaciones ionizantes.
2. Químicas: como consecuencia del uso de medicamentos, como analgésicos, antibacterianos, antituberculosos, antieméticos, hormonas, hipoglucemiantes, sedantes, entre otros.
3. Biológicas: hace referencia a las condiciones fisiológicas de la madre, como su edad, estado nutricional (anemias, deficiencias vitamínicas) y equilibrio hormonal.

Estos son factores que desempeñan un papel importante en la aparición de ciertas malformaciones. También pueden mencionarse enfermedades crónicas de la madre, como hipertensión y diabetes. Dentro de esta categoría quedan encuadradas, además, las alteraciones en la estructura del útero y los daños provocados por las bandas amnióticas.

La causa exacta del LPH aún se desconoce, y en general no puede atribuirse a un factor único. Se considera que el origen de esta malformación



es multifactorial, aunque puede generarse por causas hereditarias y asociadas a síndromes o no.⁹

3.2 Clasificación de las fisuras orales

Pueden comprenderse más fácilmente con la ayuda de un diagrama. (Figura 2).¹⁰

3.2.1 Paladar primario

Es la zona comprendida desde el agujero palatino anterior hacia delante, pasando por distal de los incisivos laterales superiores. Comprende la premaxila, el fondo de surco a la altura de los cuatro incisivos superiores, labio y piso nasal.

3.2.2 Paladar secundario

Se extiende desde el agujero palatino anterior, y comprende tanto el paladar duro como el blando.

Clasificación:

1. *Fisura de paladar primario.*

- Unilateral
 - Derecha: completa/incompleta.
 - Izquierda: completa/incompleta.
- Bilateral
 - Completa: derecha/izquierda.
 - Incompleta: derecha/izquierda.



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



2. *Fisura de paladar secundario.*

- Unilateral
 - Derecha: completa/incompleta.
 - Izquierda: completa/incompleta.
- Bilateral
 - Derecha: completa/incompleta.
 - Izquierda: completa/incompleta.

3. *Fisura submucosa.*

4. *Fisura de línea media.*

5. *Fisura comisural.*⁹

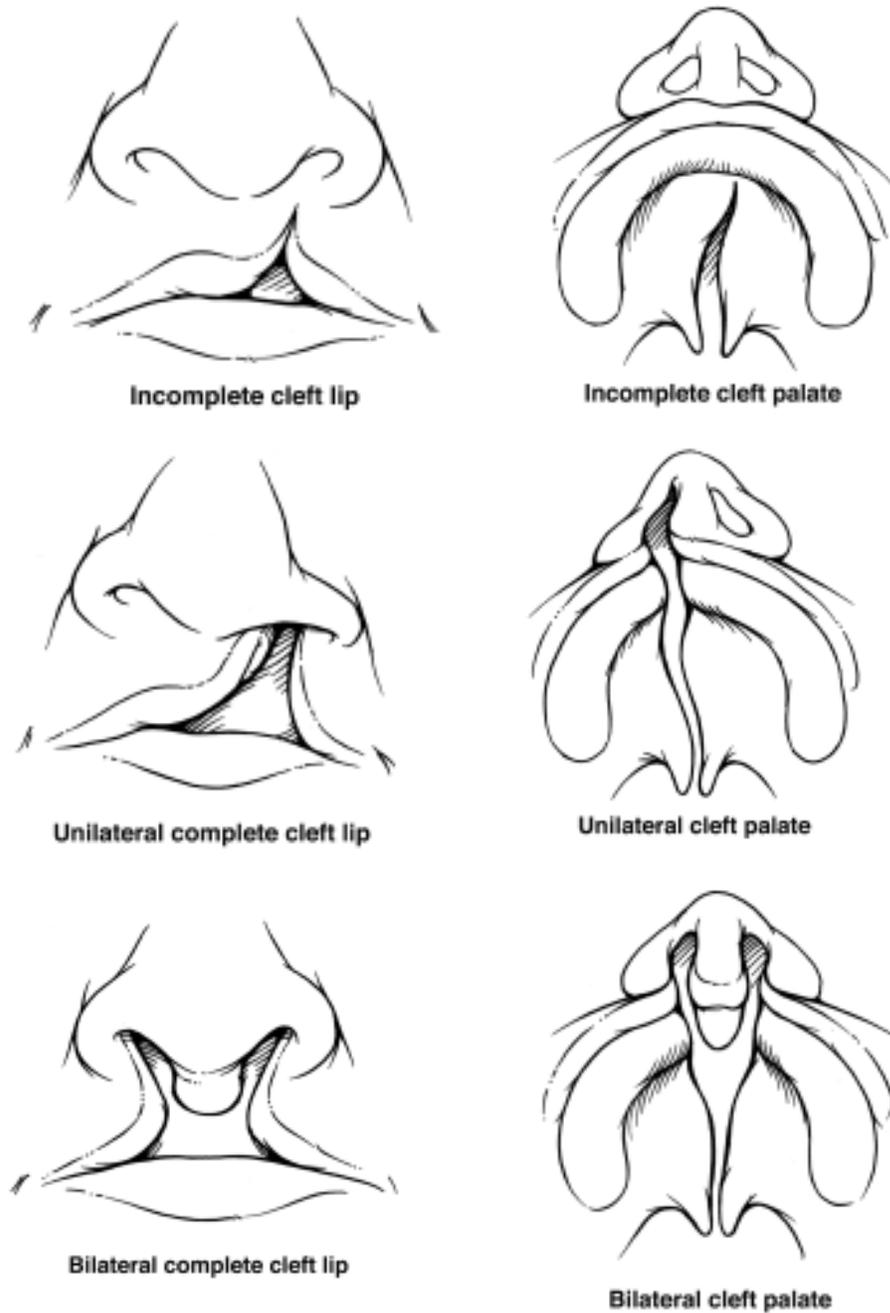


Fig. 2. De izquierda a derecha se observa la fisura incompleta de labio, fisura incompleta del paladar, fisura completa unilateral del labio, fisura unilateral del labio y paladar, hendidura completa bilateral del labio, hendidura bilateral palatina.²



2.3 Anatomía y fisiología de la región orofacial del paciente con fisura

Los pacientes que nacen con LPH poseen todas las estructuras anatómicas de una región bucofacial normal, aunque muchas veces estén desplazadas o hipoplásicas.⁹

3.3. Hendiduras en el labio y el alveolo (paladar primario)

Estas lesiones pueden variar desde una hendidura incompleta (forma atípica) con un defecto mínimo que afecta solo el borde bermellón, hasta un defecto completo que se extiende desde el límite del bermellón hasta la base de la nariz y divide el alveolo; el paladar primario se forma por delante del agujero incisivo. El defecto puede consistir también en una banda de Simonart o fina tira de tejido blando que conecta los dos lados de la hendidura.

En el lado de la hendidura, el cartílago del ala de la nariz queda desplazado y aplanado en mayor o menor medida en función de la expansión y anchura de la hendidura. La punta de la nariz tiende a desviarse hacia el lado contrario.

La hendidura puede ser unilateral o bilateral y esta puede ser simétrica o asimétrica. En las hendiduras bilaterales, la parte media del labio contiene el filtrum y se une a la columnela y a la premaxila. En los seres humanos, exceptuando un breve periodo de tiempo en la fase embrionaria precoz, la premaxila no constituye una entidad independiente, pero se sigue empleando ese término para referirse al labio y paladar hendido debido a su valor descriptivo y a la homología con los animales experimentales. Así, el



término “premaxila” se refiere a aquella parte del maxilar situada por delante del agujero incisivo y mesial a los caninos; la columnela aparece reducida y los cartílagos alares aplanados en ambos lados.¹¹

3.3.1 Labio y paladar hendido unilaterales

Pueden existir hendiduras labiales de expansión variable y en un gran número de combinaciones. En las hendiduras completas existe una comunicación directa entre las cavidades oral y nasal en el lado de la hendidura y el grado de separación de la placa palatina puede ser muy variable.¹¹

3.3.1.1. Premaxila y tabique nasal

En una vista frontal, la premaxila se inclina hacia arriba y hacia la hendidura. El tabique nasal cartilaginoso también se desvía en la misma dirección. El orificio nasal del lado contrario a la hendidura se estrecha y puede quedar obstruido de forma funcional. Esta constricción se debe a la suma de la desviación del tabique nasal, la aproximación de la base alar y de la columnela. La zona del ala del lado de la hendidura suele presentarse estriada y aplanada.¹¹

3.3.1.2 Labio y columnela

La anatomía del músculo orbicular de los labios se encuentra alterada pues las fibras del músculo se dirigen de forma horizontal desde la comisura labial hacia la línea media y se vuelven ascendentes a lo largo de los márgenes de la hendidura; en cuanto a las fibras musculares, terminan bajo la base del ala



de la nariz en el segmento lateral y por debajo de la columnela en el segmento medial. La mayor parte de las fibras se unen al periostio del maxilar pero algunas más se acaban mezclando en el subepitelio. En aquellas hendiduras que sean menores de dos tercios de altura labial, las fibras musculares por encima del nivel de la hendidura permanecen intactas. Se puede ver y palpar una protrusión del exceso de músculo en la parte lateral de la hendidura debido a la acumulación de las fibras alteradas. En cuanto al segmento medial, suele estar insuficientemente desarrollado.¹¹

3.3.1.3 Vómer y proceso palatino

En el lado de la hendidura, el segmento palatino suele inclinarse en dirección medial y superior hacia la hendidura. El vómer se desvía de forma lateral hasta la zona de su unión con el proceso palatino en el lado opuesto a la hendidura. En algunos casos, esta desviación puede ser tan acusada que el borde inferior del vómer adopta una posición casi horizontal.¹¹

3.3.2 Labio y paladar hendido bilaterales

La hendidura puede ser simétrica o asimétrica en las hendiduras labiales y palatinas completas bilaterales, ambas cámaras nasales se comunican de forma directa con la cavidad oral. Los procesos palatinos están divididos en dos partes iguales y los cornetes se muestran claramente visibles en ambas cavidades nasales. El tabique nasal forma una estructura en la línea media anclada firmemente a la base del cráneo, si bien aparece bastante móvil en su parte anterior, la que soporta la premaxila y la columnela.¹¹



3.3.2.1 Premaxila

Existe una malformación de la premaxila caracterizada por su protrusión con respecto al tabique nasal. La columnela suele faltar y el labio se une directamente a la punta de la nariz. El hueso basal de la premaxila se articula con el tabique nasal cartilaginoso por su parte superior y con el vómer por la posterior. En la estructura normal, el proceso alveolar de la premaxila queda por debajo del componente basal. Sin embargo, en las hendiduras bilaterales el componente alveolar aparece anterior al componente basal y adopta una disposición horizontal. En estas hendiduras, la premaxila protruye de forma considerable hacia el perfil facial y se ancla al vómer con forma de tallo y al tabique nasal.¹¹

3.3.2.2 Labio y columnela

La mitad labial del segmento labial contiene sólo tejido conjuntivo colagenoso y es la razón por la que su volumen está muy mermado y carece de las características que suele aportar el músculo.

Aunque en el plano clínico parece que la columnela ha desaparecido, en términos anatómicos los pedúnculos mediales de los cartílagos alares parecen ocupar una posición normal con relación a la punta de la nariz y al tabique nasal. No obstante, existe una deficiencia de piel de la columnela que complica la reconstrucción de las relaciones anatómicas normales durante el tratamiento.



Por lo general, la arcada dental superior presenta un aspecto normal al nacer pero poco después se observa un colapso medial de los segmentos maxilares. A menudo en la parte medial de los procesos palatinos se inclina de forma superior hacia la hendidura.¹¹

3.3.3 Paladar hendido

La hendidura puede afectar sólo al paladar blando o también al paladar duro, pero casi nunca al paladar duro de forma exclusiva. La principal característica de las hendiduras del paladar duro la constituye la deficiencia de mucosa y hueso. La hendidura puede afectar de forma variable a la úvula y manifiesta desde una úvula bífida hasta una hendidura en forma de “V” que recorre todo el paladar duro hasta el agujero incisivo.

En bebés con la secuencia de Robin puede observarse una hendidura palatina en forma de “U”, se cree que como consecuencia a la hipoplasia mandibular en el primer trimestre, que hace que la lengua se posicione alta en la boca e impida la fusión de las placas palatinas.¹¹

3.3.3.1 Paladar hendido submucoso

La hendidura del velo puede ser submucosa y la membrana mucosa permanece intacta a pesar de la hendidura de la musculatura subyacente. El paladar hendido submucoso se presenta en aproximadamente 1 de cada 1.200 nacidos vivos y, en el plano clínico, la mitad de los casos presenta síntomas significativos. Estas hendiduras pueden presentarse con:



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



- Úvula bífida.
- Zona pelúcida (parte membranosa muy delgada del paladar blando).
- Inserción anómala de la musculatura velar.
- Muesca palpable en la unión de los paladares duro y blando.

En las zonas en las que no existan anomalías perceptibles en el examen oral, en presencia de una hendidura submucosa, el diagnóstico apropiado es el de *paladar hendido submucoso oculto*. En el paladar hendido submucoso, los músculos elevadores se insertan de manera aberrante en el reborde óseo libre del paladar duro en lugar de formar un cabestrillo muscular. Se precisa una cirugía para restaurar la posición transversal normal y la función para hablar y deglutir.¹¹

4. Alimentación en niños con paladar hendido

La alimentación eficaz forma una parte muy importante del crecimiento y el desarrollo en la infancia ya que un bebé con una hendidura de cualquier tipo puede tener dificultades para alimentarse.

Los bebés con labio y/o paladar hendido combinados presentan, por lo general, más problemas que aquellos que presentan sólo hendidura labial. Un paladar hendido impide el sellado de la cavidad oral del bebé y que se genere la presión negativa necesaria para una alimentación eficaz.

Los bebés con hendiduras labiales y palatinas de gran tamaño pueden presentar también dificultades para generar la presión positiva (compresión) que se necesita para la alimentación. Se debe contar con la participación temprana de un nutricionista perteneciente al equipo de labio y paladar



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



hendido para ofrecer consejo en cuanto a las técnicas de alimentación apropiadas.

Dar el pecho resulta la mejor opción para los bebés y se debe incentivar; sin embargo, puede fracasar cuando existe una hendidura palatina y en estos casos la solución más apropiada es el uso de botellas con tetina (sobre todo con el uso de leche materna extraída). En la mayoría de los casos, la alimentación por tubo nasogástrico no es adecuada pero puede resultar necesaria en bebés con otros trastornos centrales.

La alimentación del bebé es un área muy emotiva para las familias. Las madres de los niños que presentan dificultades en la alimentación a menudo experimentan sentimientos de culpa cuando no pueden alimentar a sus hijos como lo habían planeado. La constante preocupación por la cantidad de alimento consumido por el infante y los posibles problemas de crecimiento y desarrollo en que puedan derivar de esto generan estrés en la unidad familiar, sumado a menudo son necesarias técnicas o equipo especial para la alimentación.

En todos los casos es necesario vigilar si hay diferencias significativas en las habilidades motoras orales y el crecimiento general del cuerpo (peso, talla, perímetro cefálico e Índice de Masa Corporal (IMC) de los niños con paladar hendido o labio y paladar hendido unilateral. Se evalúan los efectos de la Ortopedia Prequirúrgica (OPQ) sobre el crecimiento facial, las relaciones del arco dental, la apariencia facial, los resultados quirúrgicos, el desarrollo del habla y la alimentación.



La medición de la longitud de las ráfagas de succión, la tasa de succión, la duración de la succión individual o intervalos de pico-a-pico, la deglución por succión (el número de succiones generadas antes de la activación de un trago), y el porcentaje de la presión positiva generada tiene que ser considerado por los especialistas.^{11,12}

4.1 Introducción a la Ortodoncia

El especialista en Ortodoncia es el indicado para proporcionar asesoramiento general sobre la naturaleza de los problemas de alimentación en los bebés con paladar hendido. Se recomienda el uso de botellas de adaptación en conjunto con tetinas ortodónticas.

En el caso del uso de una placa obturadora, esta se deberá ajustar las veces que sean necesarias en las citas de rutina con el ortodoncista. Si el ortodoncista lo considera necesario, se realizará una nueva placa si el ajuste no es adecuado.

Los bebés pueden ser vistos por los ortodoncistas de cinco o seis veces en los primeros 3 meses y un período de tres veces antes de la reparación del paladar. Las citas de revisión incluyen documentación sistemática de cómo los padres están manejando el aparato, si los padres están preocupados acerca de cualquier aspecto del aparato, y cómo está progresando la alimentación.

Además, la boca del bebé debe ser examinada para detectar cualquier signo de roce, ulceración, infección o erupción dientes neonatales, lo que podría alterar la colocación del aparato.



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



Los problemas que pueden estar relacionados con la Ortopedia Prequirúrgica pueden ser pérdida del ajuste de la placa, la cual se corrige con ligeras modificaciones, la realización de nuevas placas, aftas orales, ulceraciones menores, y los dientes neonatales los cuales interfieren con el ajuste de la placa y , por lo tanto, se eliminan.

Debe de tenerse una plática importante con los padres acerca del uso de las placas del bebé, pues es muy común que muchos de los padres olvidan recolocarla después de la limpieza. También es el caso de los padres que notan algún deterioro en la alimentación y por lo tanto deciden abandonar su uso.¹²

La OPQ facilita la alimentación y la hace más eficiente al actuar como un obturador y proporcionar una superficie opuesta antes de la reparación. Por lo tanto, si se mejora la eficiencia de la alimentación, se puede esperar una diferencia significativa en el crecimiento de los recién nacidos.¹²

4.2 Auxiliares en la alimentación con paladar hendido

Los bebés y los niños con paladar hendido tienden a aumentar de peso más lentamente que los niños normales, sobre todo cuando otros riesgos para la salud han estado presentes.

El aumento de peso en los recién nacidos con paladar hendido ha informado ser un problema en los lactantes únicamente con paladar hendido y en aquellos con infecciones de las vías respiratorias.

El aumento de peso en el transcurso de la vida del bebé ha ido mejorando gracias a una variedad de técnicas tales como el enseñar a dar



pecho a la madre, la modificación de la botella o de la tetina, y los objetivos de tiempo por alimentación. El uso de un obturador palatino parece ayudar a los bebés, en una pequeña medida, a alimentarse por medio del pecho de la madre aunque es insuficiente para los propósitos nutricionales del niño.

El uso combinado de diferentes factores y dispositivos como son: un obturador palatino, alimentador Haberman, el bombeo de la leche materna, vigilancia nutricional y el aprendizaje de la madre para amamantar son elementos críticos para lograr tener éxito en la alimentación del neonato con paladar hendido, tanto como para el aumento de la ingesta de leche, como para reducir el tiempo de alimentación y con el tiempo lograr un aumento normal de peso.¹²

4.2.1 Ortopedia Prequirúrgica

Existen numerosas técnicas que son recomendadas como un medio para proporcionar alivio sintomático a estos niños. El uso de la ortopedia prequirúrgica es una de estas técnicas. La alimentación con el uso de OPQ ayuda a la eliminación de la y frustrada y deficiente alimentación, reduce los episodios de asfixia, mejora el crecimiento y mejora el bienestar psicosocial de los padres.

Se ha sugerido que la OPQ proporciona una superficie opuesta rígida, lo que permite la compresión de la tetina o el pezón, y reduce la ulceración potencialmente dolorosa del tabique nasal.

La OPQ corrige la posición anormal de la lengua normal de los lactantes con labio y / o paladar hendido y mejora de las vías respiratorias, restaura la capacidad del niño para generar presión intraoral necesaria para la succión, minimiza los residuos de comida en la hendidura, y reduce la regurgitación nasal.



Se ha planteado la hipótesis de que evita que la lengua explore y amplíe la hendidura.¹²

4.2.2 Obturador Palatino

Es un aparato maxilar pasivo que actúa como un estabilizador del paladar, así como una superficie para ponerse en contacto con la lengua.

El obturador palatino debe de realizarse en los primeros días de vida. Se necesita de un equipo integral de especialistas (cirujano, patólogo del habla-lenguaje, enfermera y nutricionista) disponible de forma continua a las familias para encargarse de aconsejarlas y para las revisiones del obturador.¹²

4.2.2.1 Placa ortopédica tipo Hotz

Para la succión nutritiva es necesario que se genere presión negativa dentro de la boca al presionar el pezón. Lo que resulta casi imposible a los bebés que presentan paladar hendido.

La placa ortopédica tipo Hotz se ha utilizado a lo largo de los años como tratamiento ortopédico temprano en los neonatos con paladar hendido.

El efecto de la placa protésica con el uso de mamila es bien conocido. La placa cierra la hendidura y el bebé puede presionar el pezón natural o artificial contra la placa aislando herméticamente la cavidad oral de las vías respiratorias y así conseguir una buena deglución. Este procedimiento es de gran importancia pues la respiración nasal es realizada durante la succión, cesando únicamente al momento de deglutir.



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



Con el uso de esta placa ortopédica la lactancia materna puede ser exitosa; si embargo, la vigilancia del peso del neonato es esencial. Pues en caso de una disminución de masa corporal, el uso del biberón resulta indispensable.

Los niños que tienen paladar hendido confrontan severos obstáculos contra una lactancia materna exitosa por la falta de presión para succionar y dificultades para comprimir el pezón. La presión oral negativa se logra mediante la contracción muscular de la región de labios, paredes laterales de las mejillas, pared superior y posterior del paladar y la lengua. Si también existe hendidura labial, es necesario que la madre sostenga su pezón entre su pulgar y el dedo índice y colocarlo en la boca del bebé.

En la mayoría de los bebés con labio paladar hendido que no presentan síndromes, el sistema nervioso en la región orofaríngea y el circuito central respiratorio no presenta ninguna alteración.¹³

Deben abordarse tres factores para facilitar la lactancia materna en estos pacientes:

1. Un contacto hermético del labio con el seno materno, ocluir la hendidura del labio
2. Cerrar la hendidura en el paladar duro
3. Tener un contacto adecuado entre la lengua y el paladar posterior.

Significa una gran satisfacción para las madres el poder amamantar al neonato, aun siendo esto por un periodo corto de tiempo en caso de suplir el pezón con la mamila.¹³



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



El procedimiento para la creación de la placa obturadora consiste en tomar la impresión en el paciente con un material de impresión de silicona y se prepara la cucharilla individual del paciente. Después se toma la segunda impresión y se corre en un yeso piedra duro.

Subsecuentemente, la preparación de modelos pasa a la fase de encerado de las crestas alveolares y las regiones del paladar blando y duro. En esta fase se encera especialmente el segmento más pequeño de la parte bucal y el segmento más grande de la superficie palatina. Después de la fase de encerado, se prepara la placa.

Los bordes circunferenciales de la placa preparada deben ser curvados como los de una dentadura total. Especialmente los bordes posteriores, los que tocan la región de la úvula, deben estar en contacto con el paladar blando y la extensión debe estar inclinada hacia abajo. Siguiendo la preparación del aparato, el contacto posterior del aparato debe ser revisado cuidadosamente, esta extensión no debe ser demasiado larga como para provocar el vómito del paciente ni demasiado corta como para permitir que la comida escape hacia el área nasofaríngea.

Al principio se recomienda el uso de una pequeña prolongación para una mejor retención. La mayoría de los infantes pueden succionar después de la colocación del aparato. Si no es posible, la leche materna puede administrarse con un biberón, se debe estimular al niño a que succione, esto ayudará al desarrollo de la musculatura labial del infante.



Después de la aplicación del aparato, el control inicial debe ser menor y las siguientes citas deben ser cada mes y deben chequearse completamente el desarrollo de los segmentos.¹⁴

4.3 Toma de impresiones en neonatos

Cuando se toman impresiones en niños tan pequeños resulta mucho más efectivo el uso de un material elastomérico de fraguado rápido antes que el alginato. Debe de conocerse el peligro que representaría la rotura del alginato al retirarlo de las zonas retentivas de las estructuras oronasales.

Para tomar una impresión se deben seguir los siguientes pasos:

1. Colocar al niño en una posición supina estabilizada.
2. Inclinar la cabeza con los pies elevados.
3. El niño debe poder succionar.
4. La impresión no debería tomarse después de una comida.
5. Siempre se debería disponer de ayuda.

El procedimiento de impresión consiste en colocar una cubeta de acrílico para impresiones a la medida con silicona en la boca del bebé. La cubeta de impresión se presiona suavemente en su lugar, permitiendo que el material de impresión fluya dentro de la zona de la hendidura y se retira después de 45 segundos aproximadamente. La impresión a continuación, se retira de la boca del bebé, es desinfectada, y se envía al laboratorio dental donde se corre un modelo de yeso. Estos modelos pueden ser utilizados para la fabricación de la placa de OPQ.



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



Se construye un aparato acrílico pasivo (Figura 3) para cumplir las siguientes funciones:

- Normalización de la función oral respecto a la postura de la lengua.
- En realidad, el aparato ortopédico prequirúrgico no restaura la capacidad de general presión intraoral negativa sino que proporciona una superficie en la que puede apoyarse la lengua durante la alimentación.
- Reaproximar los segmentos maxilares divergentes de gran tamaño para facilitar la reparación primaria.

Con los paladares hendidos bilaterales, las placas contribuyen a prevenir el colapso de los segmentos bucales del paladar si se planea el cierre retrasado del paladar duro. Debe ser un especialista quien fabrique estos aparatos y debe ajustarlos lo antes posible tras el nacimiento para asegurar su aceptación por parte del neonato.¹¹

La mezcla se presiona sobre la cresta alveolar en el defecto hendido. Además de la porción dura, una porción de resina acrílica blanda se proyecta en el área del defecto para la retención.

El defecto del paladar del bebé se cubre con retenedor acrílico, que se extiende desde el borde del proceso alveolar detrás de donde los caninos se encontrarán si estuviesen erupcionados a la ubicación final, donde el segundo molar primario erupcionaria. A medida que el bebé crece, se podría añadir adhesivo de dentadura, pero por lo general el aparato es retenido por la succión y por el socavado. El aparato tiene que ser ajustado de vez en cuando para un mejor ajuste. Debe de ser utilizado por todos los niños hasta la reparación del paladar.^{12,15}



Fig. 3. Placa pasiva usada en infantes con PH.³

4.4 Alimentador de Haberman

El alimentador de Haberman consiste en una botella, tetina, disco, membrana de la válvula, y el collar (Figura 4). La boquilla de la tetina tiene una abertura con una hendidura en la válvula, que se puede ajustar para tres velocidades de flujo : lento , medio y máximo . La tetina y la boquilla tienen 27 ml de líquido.

La tetina se separa de la botella por la válvula de un solo sentido. Una vez llena, la leche se mantiene en la tetina y no puede fluir de regreso a la botella. El esfuerzo de succión del bebé es dirigido al contenido de la tetina.



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



La boquilla se abre sólo cuando el bebé succiona, dándole el control al bebé durante la alimentación. Si el bebé necesita ayuda adicional, quien lo alimenta puede apretar suavemente y liberar el depósito de la tetina en coordinación con el patrón de succión-deglución del bebé. La presión se ajusta durante la alimentación hasta que el bebé tiene una deglución audible con cuatro o menos succiones por deglución.

El tiempo de alimentación con el biberón Haberman y sin el uso de un obturador se encuentra en el rango de 25 minutos y 50 minutos con una media de 33 minutos. Y anexando el obturador palatino para la alimentación, va de 8 minutos a 20 minutos con una media de 15 minutos.

Teniendo como referencia que de 60ml a 80ml es la cantidad necesaria de leche en cada amamantamiento para el crecimiento y desarrollo normal del bebé; el volumen consumido sin obturador, va de 10 ml a 87 ml con una media de 37 ml. Y de 28 a 110 ml, con una media de 71 ml con el obturador. Los bebés tienden a beber de tres a cuatro veces más cantidad de leche por minuto con el obturador que sin él.¹²

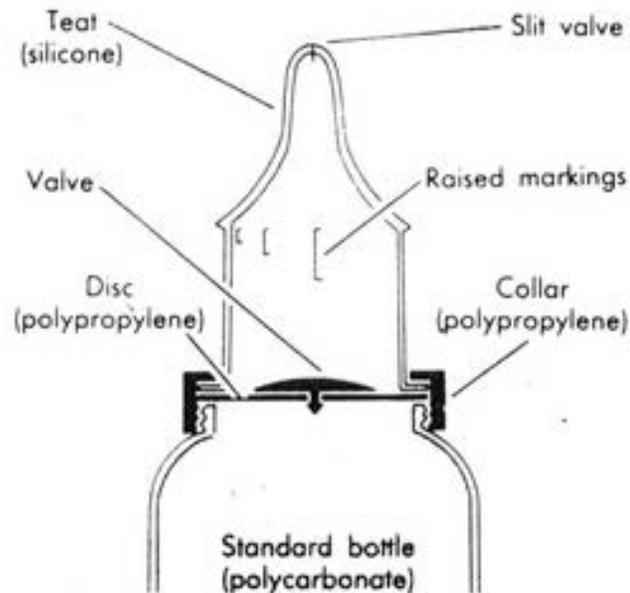


Fig. 4. Partes del alimentador Haberman: botella, tetina con hendidura, disco, membrana de la válvula, y el collar ⁴

4.5 Protocolo de alimentación

- Puede emplearse una botella comprimible con una tetina sin agrandar el agujero.
- Alimentación en una postura erguida para minimizar la regurgitación nasal.
- Restringir la duración de la alimentación a 30 minutos, de forma que el bebé no gaste más energía de la que consume.
- La tetina del biberón debe colocarse en el lado que no presenta hendidura labial.



Una vez que el niño esté bien alimentado y vaya ganando peso, podrá considerarse preparado para enfrentarse a cirugía primaria.¹¹

4.6 Dificultades

Las dificultades más significativas de la lactancia materna son: una succión débil, dificultad de fijación a la mama, el escape de la leche por los orificios nasales, asfixia, aumento de peso insuficiente del neonato, producción insuficiente de leche materna, congestión de mama y pezón agrietado.

Estos problemas pueden ser prevenidos o minimizados mediante medidas como la presión manual de la leche para hacer más flexible el seno y la aureola más suave; por lo tanto facilitar la fijación del bebé así como el cierre de la hendidura. El uso de compresas calientes o masajes son recursos útiles para la estimulación de producción de leche y de su descenso.

La madre debe dirigir el pezón hacia el lado opuesto de la hendidura y adoptar una posición semierecta del bebé para prevenir que la leche entre a la cavidad nasal. Es importante explicar a la madre que haga estos ejercicios para mantener una adecuada producción de leche materna asegurándose que el bebé pueda suplementar su alimentación con leche extraída de la madre y así evitar el poco aumento de peso.¹⁵

Los pacientes recién nacidos con PH presentan un problema funcional de alimentación a causa de la amplia comunicación entre la cavidad nasal y la oral que les impide succionar y deglutir en forma correcta. A esta situación se le agrega una función desorganizada de los músculos del velo que



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



predispone al niño a adquirir infecciones respiratorias y auditivas, debido a interferencias en el drenado a través de la trompa de Eustaquio.

En los niños nacidos con esta alteración la alimentación a través del pecho materno puede ser dificultosa y en muchos casos poco probable. Esto trae consigo un déficit en el crecimiento del niño, por lo que resulta mas conveniente, para cubrir la demanda alimenticia, el uso del biberón ya sea como complemento o como suplemento del pecho materno. De esta manera, el niño aumentará de peso en forma adecuada, y por otro lado se evitará incrementar la tensión, la frustración y la preocupación ya existentes en la madre. La ansiedad materna se transmite a los niños; como resultado de esta situación no solo se afecta la alimentación, sino también la generación del vínculo madre-hijo.

No existen evidencias que sugieran que las necesidades nutricionales de niños con fisura sean diferentes a las de los niños que no la presentan, siempre y cuando los primeros no tengan algún trastorno sistémico asociado. Los pacientes que presentan alteraciones sistémicas asociadas con PH precisan una atención individualizada y especializada para cada caso.

El niño con fisura debe alimentarse en una posición semisentada con buen apoyo en brazos de su mamá para permitir una succión adecuada que facilite el adelantamiento mandibular y evite el ingreso de líquidos en la trompa de Eustaquio, que en todo neonato se encuentra en una posición mas baja y cercana a la orofaringe, debido a que las estructuras faciales aún no están desarrolladas.⁹



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



Un niño nacido con PH que no presenta un síndrome asociado que altere la sincronización entre deglución y respiración no debería alimentarse por sonda.

Se descarta el aumento de orificio de las tetinas comunes, ya que con éstos métodos el niño no puede succionar, se transforma en un “tragador” y anula la función estomatognática de la succión, que representa el primer estímulo de crecimiento y desarrollo orofacial.

Se sugiere el uso de tetinas de látex o silicona. Estas últimas no deben ser muy duras porque generan fatiga y causan el abandono de la succión.

Las dificultades en la alimentación son comunes y se deben a la incapacidad del niño para generar las presiones de succión necesarias para trasladar la leche del biberón o tetina. En general se acepta que los problemas de alimentación se resuelven espontáneamente. Y pueden lograrse habilidades motoras orales normales a los 12 meses de edad, 6 meses después de la reparación del paladar.^{9,12}

Si la OPQ tiene un efecto sobre la eficiencia de la alimentación, por ende, se esperan diferencias en las mediciones de crecimiento.

Es ampliamente aceptado que los niños con labio leporino y / o paladar hendido pueden ser lentos para aumentar de peso mientras se establece su régimen de alimentación, pero que se ponen al corriente aproximadamente a la edad de 2 años.¹²



4.7 Estudio con Videofluoroscopia

La Asociación Americana del Habla-Lenguaje-Audición (ASHA) utiliza el término *estudio con videofluoroscopia* o (VFSS). Un patólogo del habla y lenguaje, también llamado SLP es el especialista indicado para realizar este estudio junto con el radiólogo.

El VFSS permite al SLP ver:

- Si la comida va en las vías respiratorias en lugar del estómago, llamada aspiración.
- Qué partes de la boca y la garganta pueden no estar funcionando bien.
- Si ciertas posiciones o estrategias ayudan a deglutir mejor.

Los bebés y los niños pequeños también pueden realizarse esta prueba. El SLP puede dar más información acerca de qué esperar del niño.

Se pide a la madre tenerlo en su regazo en una posición vertical similar a su posición habitual de alimentación. Se utiliza protección contra los rayos X, como chalecos de plomo y encubrimientos.

El bario no es peligroso para los bebés o niños pequeños. Puede verse en el pañal del bebé durante algunos días después del estudio. El bario hace que los alimentos y líquidos aparezcan en los rayos x, pero no es perjudicial y no se queda en el cuerpo durante mucho tiempo (Figura 5). La máquina de rayos X sólo se enciende cuando se traga por lo que no recibe demasiada radiación.¹⁶



Fig. 5. Muestra imagen obtenida en la videofluoroscopia en deglución de un neonato.⁵

4.7.1 Hallazgos en Videfluoroscopia en infantes con PH

En la fase oral, la videofluoroscopia revela una configuración anormal durante la succión, y un uso descoordinado de la lengua así como una compresión reducida de la tetina.

En casi todos los lactantes existe una adecuada protección de vías aéreas, que impide que el material entre a la laringe, aunque existen excepciones en las cuales puede existir aspiración del material por vías aéreas, entonces nos enfrentaríamos a un problema grave.

Se sugiere que los bebés pueden encontrar un sabor desagradable del bario líquido y por lo tanto, al momento de la evaluación fluoroscópica



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



pueden alterar el patrón de alimentación. Sin embargo, no hay evidencia de que este es el caso, y la evaluación videofluoroscópica de alimentación es ampliamente considerada como el estándar de oro para la evaluación de la deglución en los lactantes.

La videofluoroscopia hace evidente los residuos que se quedan debajo de la lengua los cuales son un indicador de la disminución de los movimientos linguales.

Los resultados de estas evaluaciones confirman que la fase faríngea de la deglución sugiere que el inicio de la deglución es dependiente de la retroalimentación sensorial de diferentes áreas: la úvula, el paladar blando, y la parte posterior de la lengua y faringe.

Teniendo en cuenta la anatomía anormal en el paladar hendido, el retraso en la activación podría ser atribuible a la reducción de la entrada sensorial. La deglución es un proceso altamente complejo y coordinado y se basa en la sincronización exacta y la coordinación de más de 20 músculos diferentes.

Parece razonable plantear la hipótesis de que el retraso observado es un resultado de los patrones anormales de movimientos de la lengua y falta de coordinación de la fase oral que posteriormente tiene un impacto en los movimientos musculares en la fase faríngea.

Si la OPQ fomenta patrones de alimentación más eficientes o normales en la etapa oral, habría una mejora posterior en la fase faríngea.¹²



4.8 Recomendación de La Organización Mundial de la Salud (puntuación z)

La puntuación z es un indicador antropométrico internacional indicador de retraso de crecimiento.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que se recolecten los datos de peso y altura que permite calcular las medidas de peso para la talla o IMC (calculado como $\text{peso}/\text{talla}^2$). Se sugiere que si un niño muestra un descenso en las puntuaciones z para el peso y la longitud, la desnutrición a largo plazo o la mala salud está indicada, mientras que una caída en el peso, pero no la altura sugiere la pérdida reciente o continua de peso.

La Organización Mundial de la Salud sugiere que los cambios de dos puntuaciones z del peso por talla o IMC son significativos y requieren una intervención.^{12,20}



5. Conclusiones

Desde hace muchos años se han documentado este tipo de trastornos y las secuelas que estos implican como una presión intraoral insuficiente para la succión y de ahí que se derive una alimentación deficiente que puede repercutir el crecimiento y desarrollo del bebé.

Debe considerarse el impacto que esta patología causa en las familias de todas las clases sociales, pues pueden causar un gran desconcierto por no presentar las características físicas que un niño normal presentaría, por no saber cómo manejar al niño, desde como alimentarlo, los problemas psicológicos que implica por la falta del vínculo madre e hijo que se da de forma física al amamantar, como el que la madre no quiera dar pecho al bebé o incluso llegar al abandono del infante.

Hoy en día existe más información y más respuestas hacia los padres de niños con esta patología. Inclusive puede tenerse un diagnóstico *in útero* para que las familias estén preparadas en todas las maneras posibles al recibir al bebé. Se debe resaltar que es sumamente importante tener una comunicación abierta y pláticas rutinarias con los padres del niño para hacerlos entender que con la ayuda de un grupo de especialistas se podrá dar consejo acerca de la afección del infante.

El especialista debe comprender que los padres no están familiarizados con este tipo de afecciones y es una problemática diaria el ver a sus hijos en esta situación, sobretodo en comunidades con un índice educativo bajo y menores recursos económicos, los cuales hay que enfrentar que serán necesarios tanto como para los aparatos ortopédicos y auxiliares



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



de la alimentación, tanto como para los eventos quirúrgicos a lo largo de su vida.

Hoy por hoy existen métodos auxiliares para la alimentación del neonato, que ayudaran a que el niño tenga un mejor desempeño al momento de la succión y por lo tanto ir aumentando de peso en la medida de lo normal teniendo así un crecimiento y desarrollo adecuados. Entre los demás especialistas, el Ortodoncista es el indicado para dar seguimiento al caso, dar recomendaciones acerca de los alimentadores alternativos, realizando revisiones periódicas de la placa ortopédica así como su ajuste y verificación de su eficiencia.



6. Fuentes de información

1. Kramer Mea. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*. 2008; p. 413-420.
2. OMS/UNICEF DsLM. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Singapur: Organización Mundial de la Salud; 2009.
3. Reid J. A Review of Feeding Interventions for Infants With Cleft Palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2010 Mayo; p. 268-278.
4. Nahas Pires MS, Santos Schalka M. Odontopediatría en la primera infancia Brasil: Livraria Santos Editora; 2009.
5. Burroughs A, Leifer G. Enfermería materno-infantil México: Mc Graw Hill; 2008.
6. López Méndez Y, Arias Araluce MA. Lactancia Materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. *Revista Cubana de Ortodoncia*. 2009; 1(14).
7. Vázquez Reyes H, Martínez Gonzales A. Lactancia Materna Bases para lograr su éxito México: Médica Panamericana; 2011.
8. R.P. P. New Diagram for Cleft Lip and Palate Description: The Clock Diagram. *The Cleft Palate-Cranofacial Journal*. 2009 May; p. 305-313.
9. Biondi AM, Cortese SG. Odontopediatría Fundamentos y Prácticas para la Atención Integral Personalizada. Primera edición ed. S.A. AGEA, editor. Buenos Aires: Alfaomega; 2011.
10. Richard J, Redett M. Guía para entender sobre el labio y paladar leporinos. Dallas: Children's Craniofacial Association; 2010.



11. Cameron AC, Widmer RP. Manual de Odontología pediátrica. Tercera edición ed. Cameron AC, Widmer RP, editors. Barcelona: Elsevier Mosby; 2010.
12. Turner L, Jacobsen C, Humenczuk M, Singhal VK, Moore D, Bell H. The Effects of Lactation Education and a Prosthetic Obturator Appliance on Feeding Efficiency in Infants With Cleft Lip and Palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2008 September: p. 519-524.
13. Kogo M, Okada G, Ishii S, Shikata MIS, Matsuya T. Breast Feeding for Cleft Lip and Palate Patients, Using the Hotz-Type Plate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. July 2008: p. 351-353.
14. Goyenc Y, Gurcan H. Fisura Palatina Unilateral, reporte de un caso. *Virtual Journal of Orthodontics*. 2010: p. 24-28.
15. [Online]. [cited 2013 Octubre 10. Available from: <http://cleftpalateinformation.weebly.com/haberman-feeder.html>.
16. Garcez LW, Giugliani ERJ. Population-Based Study on the Practice of Breastfeeding in Children Born With Cleft Lip and Palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2008 November: p. 687-693.
17. Association ASLH. American Speech-Language-Hearing Association. [Online]. [cited 2013 Octubre 10. Available from: <http://www.asha.org/public/speech/swallowing/Videofluoroscopic-Swallowing-Study/>.
18. Arvedson J. GI Motility online. [Online].; 2006 [cited 2013 Octubre 10. Available from: http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/fig_tab/gimo17_V1.html.
19. Masarei AG, Wade A, Mars M, Sommerlad C, Sell D. A Randomized Control Trial Investigating the Effect of Presurgical Orthopedics on



LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON PALADAR HENDIDO.



Feeding in Infants With Cleft Lip and/or Palate. The Cleft Palate-Craniofacial Journal. 2007 March: p. 182-193.

20. Lutter CK, Chaparro CM. La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Washington D.C.: OMS/OPS; 2008: P.5-12.



7. Fuentes de información de imágenes

1. R.P. P. New Diagram for Cleft Lip and Palate Description: The Clock Diagram. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2009 May: p. 305-313.
2. Richard J, Redett M. Guía para entender sobre el labio y paladar leporinos. Dallas: Children´s Craniofacial Association; 2010.
3. Masarei AG, Wade A, Mars M, Sommerlad C, Sell D. A Randomized Control Trial Investigating the Effect of Presurgical Orthopedics on Feeding in Infants With Cleft Lip and/or Palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2007 March: p. 182-193
4. [Online]. [cited 2013 Octubre 10. Available from: <http://cleftpalateinformation.weebly.com/haberman-feeder.html>.
5. Arvedson J. GI Motility online. [Online].; 2006 [cited 2013 Octubre 10. Available from: http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/fig_tab/gimo17_V1.html.