



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INTERVENCIÓN DEL ODONTOPEDIATRA EN LA
LACTANCIA MATERNA Y TRASTORNOS DE
DEGLUCIÓN.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ZAIRA NICACIO ZEPEDA

TUTORA: Esp. LILIA ESPINOSA VICTORIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



A mis padres.

Gracias, me siento muy afortunada de ser su hija, aprendí a luchar por mis sueños gracias a ustedes y a sentirme orgullosa de lo que somos y hacemos. Les agradezco por estar siempre a lo largo de mi vida y a lo largo de mi carrera, por confiar y creer en mí, por su esfuerzo y dedicación.

Esto es por y para ustedes, porque sin su apoyo no sería posible. Estoy orgullosa de formar parte de este gran equipo y familia que consolidamos.

A mi hermano.

Quien es una persona que me enseña a luchar por lo que quiero, por qué su compañía día a día es indispensable para mí.

A mi tutora, la Esp. Lilia Espinosa Victoria, por la paciencia, apoyo y guía en la ejecución de esta tesina. Gracias por los conocimientos adquiridos durante mi formación en el área de odontopediatría en el último año de mi carrera en la clínica periférica y por qué gracias a ella, el afecto por la atención a los pacientes pediátricos creció en mí.



A la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad de formarme como profesional en un área de la salud, y a la Facultad de Odontología por conformarme íntegra e integralmente y darme los conocimientos necesarios para poder ejercer la profesión de Cirujano Dentista como se debe. Por qué en esta bella casa de estudios conocí a personas increíbles (mis amigos) que forman parte de mi vida.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO GENERAL	7
1. GENERALIDADES	8
1.1 HISTORIA DE LA LACTANCIA MATERNA	8
1.2 IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA	9
1.3 DESARROLLO CEREBRAL DEL BEBÉ.....	10
1.4 ANATOMÍA Y CARACTERÍSTICAS DE LA BOCA DEL RECIÉN NACIDO	11
1.5 FISIOLOGÍA Y ANATOMÍA DEL SENO MATERNO	15
2. LACTANCIA	22
2.1 GENERALIDADES DE LA LACTANCIA MATERNA.....	22
2.2 TÉCNICA Y POSTURAS DE LA LACTANCIA MATERNA	25
2.3 CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES E	29
INMUNOLÓGICAS DE LA LECHE MATERNA.....	29
2.4 DESARROLLO DE LAS HABILIDADES DE LA ALIMENTACIÓN	32
2.5 SUCCIÓN NUTRICIA EN EL LACTANTE	34
3. DEGLUCIÓN Y TRASTORNOS EN LA LACTANCIA MATERNA	41
3.1 FASES DE LA DEGLUCIÓN	41
3.2 TRASTORNOS DE LA LACTANCIA MATERNA	42
3.3 DIFICULTADES EN EL LACTANTE	48
3.4 TRASTORNOS DE DEGLUCIÓN EN LACTANTES.....	50
3.5 DISFAGIA	51



4. TRATAMIENTO	56
4.1 TERAPIA MIOFUNCIONAL	56
4.2 REFLEJOS DE BÚSQUEDA	59
4.3 INTERCONSULTA CON OTRAS ESPECIALIDADES.....	63
CONCLUSIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66



INTRODUCCIÓN

El odontopediatra tiene una estrecha relación con la lactancia materna, ya que debe establecer un vínculo con la madre desde antes del nacimiento de él bebe, porque la salud bucodental de la Madre está relacionada a la salud del producto, además de que al nacimiento se dará uno de los procesos más importantes para la supervivencia del recién nacido, al llevar a cabo funciones estomatognáticas como la succión, la deglución y alimentación.

El amamantamiento del recién nacido es un proceso que no solo brinda alimento al bebé, también favorece la respiración y el desarrollo craneofacial, la lactancia materna exclusiva es recomendada por lo menos hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años de edad.

Además de satisfacer las necesidades nutricionales, la lactancia materna es esencial para el desarrollo de las estructuras esqueléticas y brinda los factores inmunológicos que el neonato necesita para lograr un desarrollo favorable.

El odontopediatra por su papel de atención al paciente lactante debe tener conocimientos específicos de los mecanismos y trastornos de la deglución para su intervención oportuna, las alternativas para ella y en caso de requerir mayor atención saber dónde le pueden brindar ayuda.

Al detectar las alteraciones de los movimientos normales de la deglución en una etapa temprana como en la lactancia, el odontopediatra podrá intervenir para poder devolver la función de succión y deglución adecuada.

Los procesos que se llevan a cabo durante la succión permiten detectar las condiciones anormales a tiempo, y así los odontopediatras puedan apoyar acciones terapéuticas o rehabilitadoras para su corrección.



OBJETIVO GENERAL

Realizar una revisión de la literatura acerca de la lactancia materna y los trastornos de deglución en los lactantes, para poder brindar orientación como odontólogos de practica general y odontopediatras a los padres acerca de la importancia de la alimentación materna, detectar alguna disfunción, brindarles alternativas de corrección, manejo y tratamiento de las alteraciones y en caso necesario la remisión con los especialistas.

1. GENERALIDADES

1.1 HISTORIA DE LA LACTANCIA MATERNA

La mujer está ligada a la lactancia materna, desde diferentes perspectivas, la leche materna ha sido el único alimento que el recién nacido tiene desde el inicio para sobrevivir.¹

Desde la aparición del hombre en la tierra no se ha concebido otro tipo de alimento para la primera etapa de la vida humana (Aguilar, 2005), como proceso biológico es una actividad cultural. La historia de la lactancia materna es tan antigua como la del hombre mismo; en el código de Hammurabi (Fig. 1)² existen regulaciones en donde se describe que la alimentación al pecho (Fig. 2)³ debía durar hasta los dos años como mínimo hasta un máximo de 4 años.



Fig. 1 Código de Hammurabi ²



Fig. 2 Alimentación al pecho³

En el papiro de Ebers también se encuentran escritos sobre descripciones de los cuidados de los bebés, incluso las posiciones para el amamantamiento. (Fig. 3)⁴

Sorano de Efeso considerado como el padre de la puericultura aseguraba que la lactancia junto con la dentición era de los procesos más importantes de la vida del niño y por eso decía que el destete se tenía que realizar pasados los dos o tres años.

La lactancia además de intervenir en el desarrollo y la evolución del ser humano, también es un medio de subsistencia nutricional, la lactancia materna es la mejor opción para cualquier tipo de lactante, a nivel fisiológico, psicológico y social. ¹

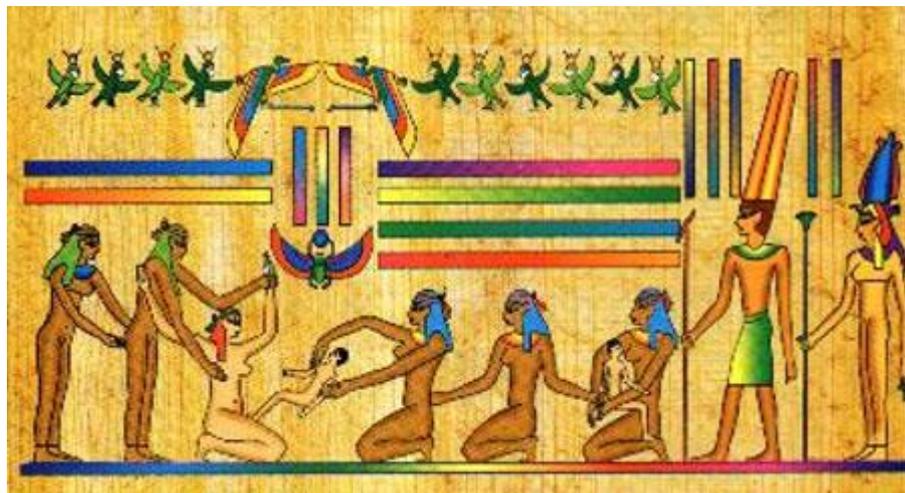


Fig. 3 Lactancia en el antiguo Egipto⁴

1.2 IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

En las últimas décadas, los especialistas en el área de la pediatría han tenido inquietud por la sustitución de la alimentación natural por la alimentación artificial, como ya es conocido y citado por algunos autores, la suspensión temprana de la alimentación natural es nociva para grupos vulnerables, constituyendo así un factor de riesgo (desnutrición en el menor de un año).⁵

La intervención de los especialistas en niños (Matrona, Odontólogo, Nutriólogo y Médico), tienen una labor educativa para fomentar la lactancia materna y así informar a la embarazada sobre la alimentación natural.

Los acontecimientos y el entorno en donde se desarrolla un embarazo, el parto y después del parto son de suma importancia para el bebé ya que tienen un impacto para su bienestar durante toda su vida.⁵

Dentro de la relación y el vínculo entre madre e hijo se encuentra la lactancia, y puede favorecer o repercutir en esta relación si la madre no tiene la información necesaria.⁶

1.3 DESARROLLO CEREBRAL DEL BEBÉ

El desarrollo del encéfalo fetal ocurre rápidamente durante las primeras semanas de embarazo, todas las partes anatómicas importantes del encéfalo y el ADN se encuentran en su lugar a las 20 semanas de gestación. Hasta las 28 semanas, las neuronas son formadas en el encéfalo, migran hacia otros sitios para establecer conexiones con órganos sensitivos.⁷ (Fig.4)⁸



Fig.4 Ecografía a las 28 semanas de embarazo⁸

“Existen periodos críticos en los que el encéfalo de un niño es sensible a los acontecimientos adversos y el periodo perinatal es uno de ellos. En este periodo, el contacto piel con piel entre la madre y el bebé aporta estímulos al recién nacido, como calor, olor y movimiento”. (Arellano, 2013)

Es así como las experiencias sensitivas adquiridas entre la madre y el hijo durante las primeras semanas de vida establecen vías encefálicas que inciden en la futura inteligencia, comportamiento emocional y social en el futuro.⁷

1.4 ANATOMÍA Y CARACTERÍSTICAS DE LA BOCA DEL RECIÉN NACIDO

El odontopediatra necesita conocer la boca en sus componentes anatómicos normales, características y fisiología del bebe. (Fig. 5)⁹

Algunas características presentes en la boca del recién nacido, son variaciones de la normalidad que no deben ser corregidas, el profesional con conocimiento tiene la capacidad para informar a los padres acerca de estas situaciones. La consulta con un odontopediatra debe existir desde el nacimiento.⁷



Fig. 5 Recién nacido⁹

Los labios del recién nacidos se encuentran yuxtapuestos, ligeramente separados, el labio superior y la musculatura facial se encuentran con una menor movilidad a comparación con el inferior. (Fig. 6)¹⁰



Fig.6 Labios del recién nacido¹⁰

Los músculos orbiculares, buccinadores de los labios y mejillas están más desarrollados que los músculos masticadores de la boca del recién nacido, durante la succión están apoyados por la bolsa adiposa de Bichat responsable de evitar el colapso de las mejillas.

La mucosa bucal está constituida por un epitelio de recubrimiento y por tejido conectivo laxo, llamada lámina propia o corium, esta mucosa en su totalidad recubre la cavidad bucal del bebé.

La lengua está cubierta por una mucosa especializada al igual que la encía (gingiva) que aparece con la erupción dental, entonces en el bebé desdentado la llamamos mucosa bucal.

Las fibras colágenas, fibroblastos vasos sanguíneos y anexos-glándulas salivales menores y glándulas sebáceas (gránulos de Fordyce) conforman el tejido conectivo.

“La mucosa del labio está delimitada con la piel del mismo por una línea extrabucal muy marcada por dentro de ella se encuentra el bermellón de los labios”. (Podestá, 2013).

El apoyo para la succión se encuentra en la zona anterior del bermellón del labio superior y en la región central, aquí se encuentran múltiples proyecciones vellosas que aumentan de volumen cuando el apoyo entra en

contacto con el pecho de la madre. El cierre hermético del pezón en el acto del amamantamiento está dado por la función de esta almohadilla. (Fig.7)¹¹



Fig. 7 Apoyo de succión¹¹

El frenillo labial superior se encuentra en la porción interna y media del labio superior, este es un pliegue sagital de la mucosa bucal, con una forma de lámina activa, se encuentra insertado en la superficie interna del labio y se prolonga hasta la zona palatina, el frenillo labial inferior muchas veces pasa desapercibido por su forma mucho más pequeña en comparación con el superior (Fig. 8)⁷

Los frenillos pueden encontrarse sujetos a variaciones de forma, tamaño y posición, también pueden ser mucosos o fibroso y con inserciones altas, medias o bajas. (Fig.9)⁷



Fig. 8 Frenillo bucal inferior⁷



Fig. 9 Variación en frenillos labiales superiores⁷

Internamente se encuentran el paladar y la bóveda, la papila palatina y las rugas palatinas están situadas en la zona anterior, en la porción media de delante hacia atrás se encuentra el rafe palatino medio y en la parte posterior, una línea horizontal que delimita al paladar duro del paladar blando.

En el recién nacido el maxilar superior es pequeño, el proceso óseo se encuentra reducido y la bóveda palatina casi plana, después del nacimiento el maxilar crece con rapidez hacia adelante.

La mandíbula, que en el feto era par, al nacer se une en una sínfisis, muy igual que a una sutura en el plano medio, en este momento las ramas de la mandíbula son cortas y los cóndilos tienen un desarrollo incompleto, la cavidad articular es plana, los procesos articulares muy rudimentarios y la cápsula es laxa.

Los rodetes gingivales del recién nacido se encuentran recubiertos por mucosa bucal, en ambos maxilares en la zona entre canino y canino se encuentra una prolongación de la misma mucosa que es conocida como cordón fibroso de Robin y Magitot (Fig. 10)¹², su presencia y permanencia en boca es indicativo de la aproximación o no de la erupción de los dientes.⁷



Fig.10 Cordón fibroso de Robin y Magitot¹²

En el recién nacido existe una convexidad muy marcada (Fig. 11)¹⁴ por un retrognatismo mandibular, siendo una condición normal que dura más del primer año de vida.¹³



Fig. 11 Perfil convexo en el recién nacido¹⁴

1.5 FISIOLOGÍA Y ANATOMÍA DEL SENO MATERNO

La glándula mamaria tiene como función principal la lactogénesis (síntesis, la secreción y expulsión de la leche) (Fig. 12)¹⁶ este proceso se inicia desde el periodo fetal con una integridad anatómica y funcional.¹⁵

Es de suma importancia reconocer algunas variantes anatómicas o algunas otras circunstancias que puedan afectar este proceso.

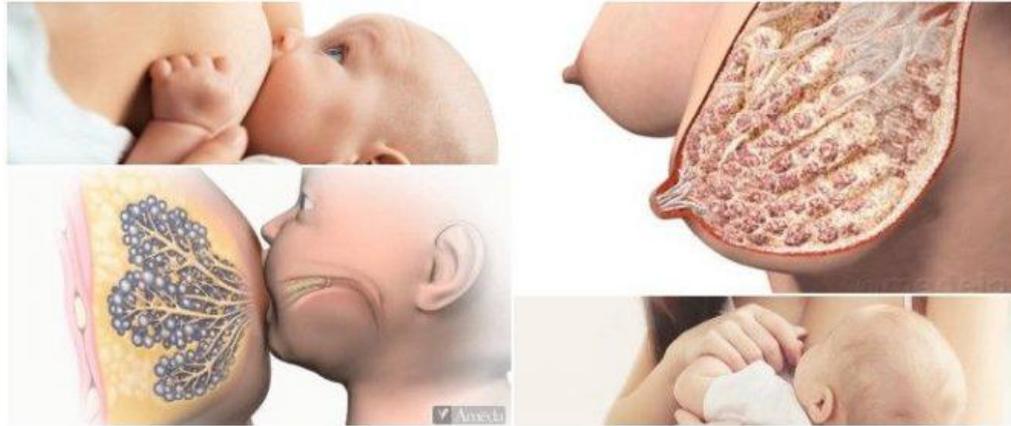


Fig. 12 Lactogénesis¹⁶

DESARROLLO ANATÓMICO

El desarrollo anatómico de la mama es un proceso complejo que se encuentra resumido en los siguientes cuadros.¹⁵

<p style="text-align: center;">4ta semana</p> <p>Desarrollo de la mama por influencia genética y hormonal de las células ectodérmicas, conteniendo crestas mamarias.</p>	<p style="text-align: center;">5ta semana</p> <p>Evolución de las crestas mamarias en el tórax y formación del capullo mamario</p>
<p style="text-align: center;">5ta – 12va semana</p> <p>El brote mamario primario forma brotes secundarios y lóbulos mamarios por el crecimiento hacia abajo.</p>	<p style="text-align: center;">12va – 16va semana</p> <p>Desarrollo del complejo areola-pezones, seguido del desarrollo de las glándulas apocrinas en las glándulas de Montgomery.</p>
<p style="text-align: center;">32va- 40va semana</p> <p>Diferenciación del parénquima mamario y la pigmentación del complejo areola-pezones.</p>	



Una mama durante el embarazo en comparación con una mama en reposo funcional contiene una significativa neoformación de ácinos, quienes son los responsables del aumento de volumen de la glándula mamaria. Al final de la gestación, el desarrollo de la mama es evidente al igual que la secreción de calostro, denominado Lactogénesis I que es identificada por la mayoría de las embarazadas.

Las dos hormonas implicadas en este proceso son: prolactina y lactógena placentaria humana (esta última prepara a la mama para la producción de leche).

Por los altos niveles de estrógeno y progesterona en la sangre materna durante esta etapa no hay secreción de leche. Después del parto la lactógena placentaria humana desaparece de la circulación materna y suspende el efecto inhibitor de la lactación.

La secreción de leche, denominada Lactogénesis II comienza alrededor de 30 a 40 horas después del parto. La prolactina que se produce en la adenohipófisis actúa y desencadena la producción y la oxitocina producida por la neurohipófisis, estimula a las células mioepiteliales que rodean a los ácinos y conductos para la expulsión de la leche.

La lactogénesis III es una función autocrina, dependiente de la frecuencia y eficacia con la que se extrae la leche.

La prolactina, la oxitocina, y el factor inhibitor de la lactación son las principales hormonas que regulan la producción de leche. La liberación de oxitocina media la secreción de prolactina esto se da por el reflejo de succión, cuando él bebe mama extrae el FIL y se desencadena la producción de más leche.¹⁵

ANATOMIA EXTERNA DE LA MAMA

AREOLA: La formación de la areola y el pezón es por un único tejido de fibras entrelazadas (Fig.13)¹⁷ durante la etapa de amamantamiento se encuentran más pigmentadas para que el bebé vea la zona del pezón. ¹⁷

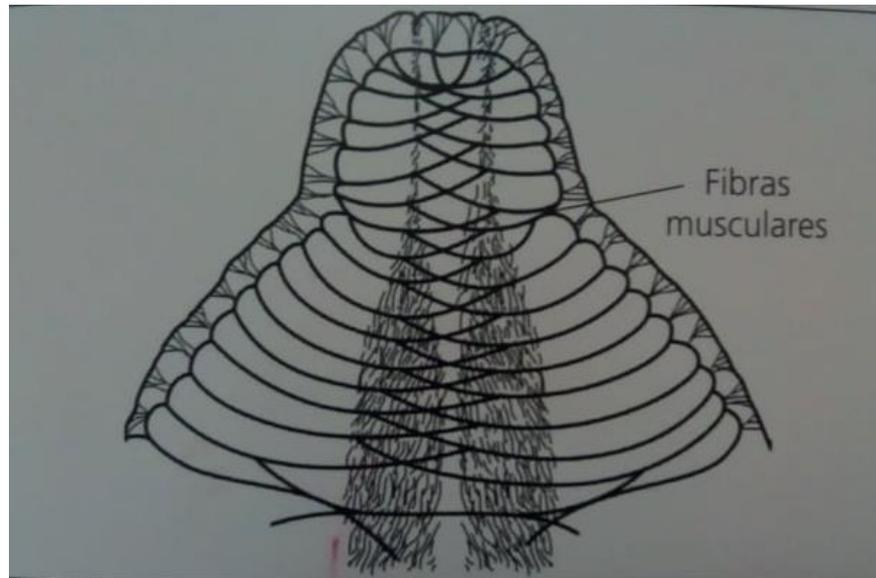


Fig. 13 Estructura del pezón y areola ¹⁷

En la práctica clínica un parámetro de suma importancia es la medida de la areola.

MEDIDAS DE AREOLA

La areola considerada pequeña es la menor a 1.9 cm

Media 1.9 a 2.5 cm

Grande 2,6 a 4,8 cm

Extragrande mayor a 4.8 cm

PEZÓN: El pezón es una parte que integra a la areola, en la etapa del amamantamiento los pezones juegan una parte muy importante, su forma, tamaño y diámetro son fundamentales. Existen formas distintas de pezones, en la (Fig. 14)¹⁷ se observa los tipos más comunes de pezones.

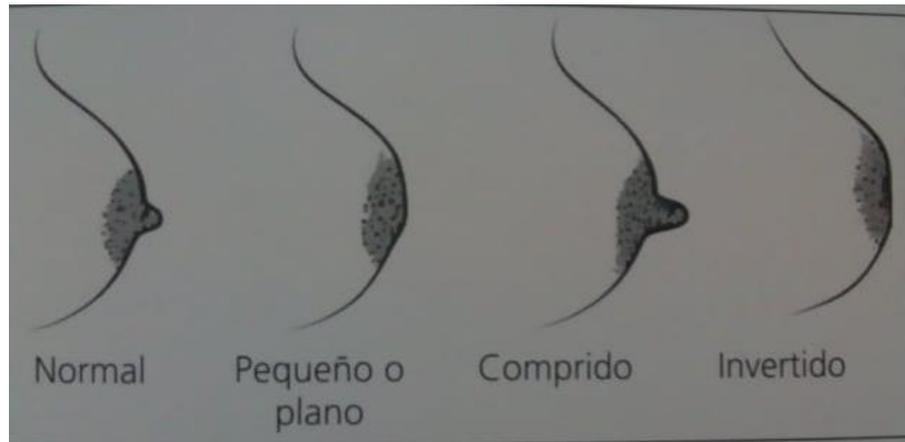


Fig. 14 Tipos de pezón más comunes¹⁷

“El tamaño ideal de los pezones es aquel que, frente a la apertura de la boca del bebé, logra pasar entre los labios, reborde gingival, lengua, paladar duro u posicionarse en el punto “S”, punto de unión entre el paladar duro y el paladar blando”. (José, Chedid).

VARIACIONES ANATÓMICAS

En el desarrollo embriológico y maduración de la mama pueden existir variaciones normales, el fracaso de la eversión del pezón es un ejemplo, a menudo es hereditario la retracción del pezón solo se tira hacia adentro de un área con una forma de hendidura, mientras que la inversión se aplica cuando el pezón es arrastrado hacia adentro, suficiente para quedar debajo de la superficie de la mama, estas condiciones pueden ser congénitas o adquiridas, unilaterales o bilaterales.¹⁵ (Fig.15)¹⁸



Fig. 15 Variaciones anatómicas del pezón¹⁸

Otras alteraciones pueden ser:

La Politelia hace referencia a un pezón numerario (Fig. 16)¹⁹ y la poliareolotelia es el complejo areola pezón supernumerarios que son desarrollados en la mayoría de los casos a lo largo de la línea mamaria embrionaria.



Fig. 16 Politelia ¹⁹

Polimastia, ocurre a lo largo de la línea mamaria embrionaria y son mamas supernumerarias, pueden tener herencia familiar y pueden asociarse con otras anomalías congénitas. (Fig. 17)²⁰

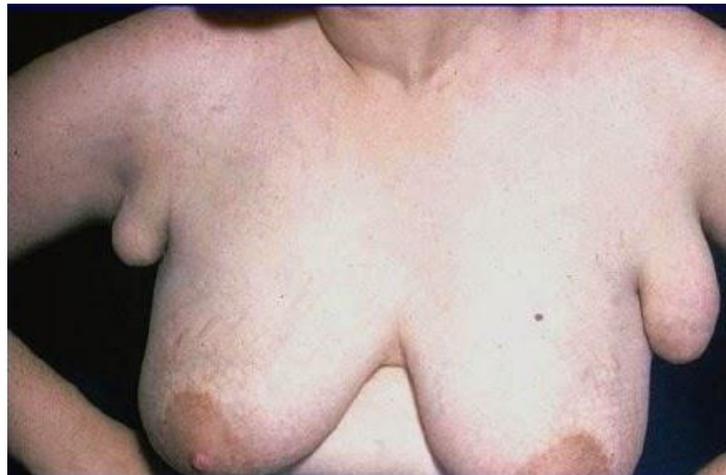


Fig. 17 Polimastia ²⁰

Atelia, es la ausencia del pezón y agenesias de la areola. (Fig. 18)²¹



An Pediatr (Barc). 2008;69:289-90

Fig. 18 Atelia²¹

La gigantomastia gestacional o macromastia, es el agrandamiento de la piel suprayacente que puede provocar ulceración (Fig. 19)²², entre las teorías etiológicas se encuentran: hipersensibilidad del receptor hormonal, deterioro de la función hepática o metabolismo de los esteroides, la prolactina, incluso enfermedades autoinmunes.¹⁵



Fig. 19 Gigantomastia²²



2. LACTANCIA

2.1 GENERALIDADES DE LA LACTANCIA MATERNA

“Está demostrado que la lactancia materna reduce el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y muerte durante el primer año de vida, disminuye el riesgo a padecer enfermedades gastrointestinales, respiratorias y urinarias que, de presentarse son menos graves, ayuda a prevenir la obesidad y futuras enfermedades crónicas”. (De la Flor, 2018)²³

Diferentes autores coinciden en que la leche materna ha aprobado su eficacia a lo largo de generaciones, la lactancia materna ha sufrido cambios, en los últimos años ha tenido una disminución por la producción de la industria de leche. La pérdida de cultura de la lactancia materna se debe a factores sociales, educacionales, laborales, marketing de las fórmulas lácteas, entre otros.²³

Cuba es el país con mayor lactancia materna en el mundo, según la UNICEF, el programa de Lactancia materna en el ministerio cubano de Salud Pública informo que casi el 50 % de las madres en este país nutre a sus bebés con leche de pecho exclusivamente.²⁴

Los nutrientes que proporciona la lactancia materna son esenciales para el adecuado crecimiento y desarrollo de los humanos. Este alimento tiene influencia biológica y emocional sobre la salud del niño.²⁴



RECOMENDACIONES ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA

- La lactancia debe ser a libre demanda del lactante y no imponer horarios
- Durante las 24 horas del día el lactante debe tomar leche materna de 8 a 12 veces.
- En neonatos no ofrecer fórmulas de inicio ni ningún otro líquido.
- La postura que debe adoptar la madre al amamantar debe ser cómoda, con la espalda recta y los hombros relajados; el bebé es quien debe acercarse a la madre.
- Él bebe debe abrir la boca, estimulando el labio superior tomando el pezón y la mayor parte de la areola con los labios evertidos.
- La madre deberá observar la deglución de la leche.²⁵

RECOMENDACIONES DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA PARA LACTANCIA DE RECIÉN NACIDOS SANOS

- La lactancia materna debe ser exclusiva por seis meses, continuar por lo menos el primer año, si lo desean el bebé y la madre se puede continuar.
- Contacto piel a piel con la madre inmediatamente después del parto y hasta la primera toma.
- Retrasar procedimientos de rutina (pesar, medir, bañar, vacunar, profilaxis oftálmica) hasta después de la primera alimentación.
- Retardar la aplicación de vitamina K hasta que se haya completado la primera alimentación. Primeras 6 horas.
- Asegurar que se ofrezca el pecho 8 a 12 veces en 24 horas.
- Asegurar la evaluación de la lactancia. Revisión y examinación de los neonatos por un pediatra a los 3 a 5 días de vida:
- Evaluar hidratación.
- Evaluar pérdida o ganancia de peso.
- Evaluar y observar la alimentación.



- Aclarar dudas. La madre y el bebé deben dormir en la misma habitación para facilitar la lactancia. La posición para dormir recomendada es la supina y no ofrecer chupón hasta las 3 a 4 semanas, cuando la lactancia ya se haya establecido.²⁵

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL LACTANTE

- Con la lactancia materna el número y la severidad de algunas infecciones disminuye. Se reduce el riesgo de que el lactante presente infecciones de las vías respiratorias bajas, otitis, infecciones del tracto gastrointestinal, enterocolitis necrosante del prematuro.
- Ayuda a estimular sistemas enzimáticos y metabólicos, se observa una disminución clínica de asma, dermatitis atópica y eccema
- Con la lactancia materna se consigue un mayor rendimiento nutritivo; en la tasa de obesidad se ha encontrado una disminución entre el 15-30% en adolescentes que fueron alimentados al pecho comparados con adolescentes que fueron alimentados con fórmulas lácteas.
- En los lactantes alimentados exclusivamente al pecho, en diabetes mellitus tipo dos se observa una disminución del 40 %, se sugiere que pueda ser por el efecto positivo a largo plazo de la autorregulación.
- La lactancia materna reduce un 36% el riesgo del síndrome de muerte súbita.
- Otra ventaja de la lactancia materna que se prolonga hasta los 12 meses es que reduce el hábito de succión de dedo y el favorece el correcto desarrollo mandibular.
- Gracias a la presencia de ácidos grasos poliinsaturados (omega 3 y 6) favorece el desarrollo neurológico, visual e intelectual.²³



VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE.

- El vínculo afectivo tiene un mejor establecimiento
- Se disminuye la hemorragia posparto y se favorece la involución uterina (que consiste en que el útero regrese a su estado natural).
- Aunque no es un método anticonceptivo eficaz, ayuda a espaciar las gestaciones debido a que retrasa la ovulación.
- Con la lactancia materna se reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario premenopáusico.
- Se favorece la remineralización ósea y disminuye la incidencia de fracturas postmenopáusicas.
- A la madre le ayuda a perder peso tras el embarazo.²³

2.2 TÉCNICA Y POSTURAS DE LA LACTANCIA MATERNA

TÉCNICA DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna se puede llevar a cabo bajo condiciones ideales de información por el profesional de la salud y el apoyo familiar, pero existe la posibilidad de que algunas mujeres que cursan con su primer embarazo no tengan los conocimientos o la experiencia para llevar este proceso de manera exitosa.²³

El conocimiento de la importancia de la lactancia materna es de suma importancia y si se acompaña de una técnica adecuada de amamantamiento, se incrementarán los beneficios para la madre y el hijo. La retroalimentación al observar a una madre al momento de amantar es importante ya que se puede orientar y ofrecer ayuda si es requerida.

La posición adecuada de la madre y el acoplamiento correcto de la boca del niño al pecho, darán el éxito de la lactancia materna. La hipogalactia (insuficiente producción de leche) está relacionada con la incorrecta

postura e irritación del pezón, que se pueden solucionar con la correcta técnica.²³

AGARRE

El cuerpo del recién nacido debe estar de frente a la madre con la cabeza alineada al pecho.

Se debe introducir la mayor parte de la areola en la boca del lactante.²³

La posición del ombligo de la madre debe hacer contacto con el ombligo del bebé, la boca del lactante debe estar abierta, el labio inferior debe estar hacia afuera, las mejillas al succionar deben estar aplanadas, nariz y mentón pegados al pecho.

La lengua con un movimiento ondulatorio podrá exprimir la glándula mamaria y debe quedar por debajo del pezón, se debe evitar que el recién nacido tire del pezón para no agrietarlo. (Fig. 20)²⁶



Fig. 20 Agarre correcto del pecho materno ²⁶

POSTURAS

No existe una postura única adecuada, la postura deberá ser la que sea más cómoda para la madre y puede variar con el paso del tiempo, con una postura adecuada se evitan lumbalgias y contracturas musculares.²³

Posición de crianza biológica

Está indicada durante los primeros días cuando existen problemas de agarre, y la postura será la siguiente: la madre debe estar recostada boca arriba y el bebé boca abajo, con esta posición se desarrollan los reflejos de búsqueda y gateo. (Fig. 21)²⁷



Fig. 21 Posición de crianza biológica ²⁷

Posición sentada

Esta posición puede ser más cómoda con la elevación de los pies. El tronco del bebé debe estar pegado al de la madre y su cabeza será apoyada en el antebrazo. (Fig. 22)²⁸



Fig. 22 Posición sentada para amamantar ²⁸

Posición acostada

Los dos, tanto el bebé como la madre deberán estar acostados del lado cómodos para las tomas nocturnas. (Fig. 23)²⁹



Fig. 23 Posición acostada para amamantar ²⁹

Posición invertida o balón de rugby

Esta posición es cómoda para amamantar gemelos y prematuros, él bebe se posiciona debajo de la axila de la madre, con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho. (Fig. 24, 25)^{30,31}

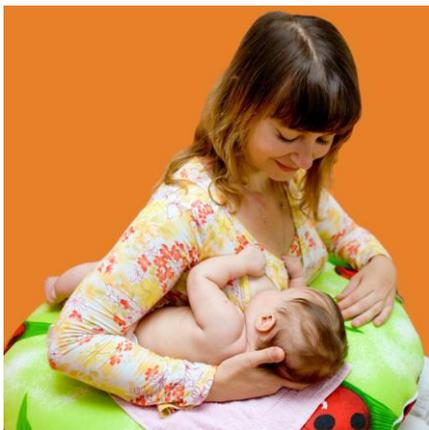


Fig.24 Posición invertida ³⁰



Fig. 25 Gemelos amantados ³¹

Posición de caballito

Esta posición es útil en caso de reflujo gastroesofágico importante, labio paladar fisurado, mandíbula muy pequeña y problemas de hipotonía, la madre sentada sitúa al bebé sobre una de sus piernas contactaran el abdomen de ambos. ²³(Fig. 26)³²



Fig.26 Posición de caballito para amamantar ³²

En un estudio realizado por Hernández de las 50 madres estudiadas, el 36% aplicaba una técnica adecuada del correcto agarre del bebé, y el resto del porcentaje 64% no lo realiza de forma correcta, esto es un factor para que la madre suspenda la succión del bebé, debido a la desesperación por las lesiones en los pezones. ³³

2.3 CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES E INMUNOLÓGICAS DE LA LECHE MATERNA

La leche materna contiene sustancias que requiere el recién nacido, es un fluido muy complejo que contiene nutrientes necesarios para su crecimiento, por ejemplo, lípidos, proteínas hidratos de carbono, vitaminas, factores inmunológicos y anticuerpos. ³⁴

La leche es rica en agua y azúcar al principio y gradualmente aumenta su contenido en grasa que es el que sacia al bebé.

El contenido celular de la leche va depender de varios factores como los siguientes:

1. Plenitud de la glándula mamaria
2. Etapa de la lactancia



Lactogénesis I, se refiere a la etapa en donde la glándula mamaria queda en reposo hasta el alumbramiento de la placenta, en esta etapa los niveles de progesterona circundante son altos.

Lactogénesis II, esta etapa comienza tras el parto y la expulsión de la placenta, en esta etapa los niveles de progesterona están disminuidos, y la producción de leche es abundante.

Lactogénesis III en esta etapa se mantiene la producción de leche que es establecida por el recién nacido debido al reflejo de succión.

3. Estado de salud de la madre y del bebé
4. Permeabilidad de la membrana basal
5. Desarrollo del epitelio mamario

Esto quiere decir que la producción de leche materna varía de mujer a mujer. ³⁴

“La leche materna, al contener una gran cantidad de elementos inmunológicos, se considera la primera vacuna que recibe el niño después del nacimiento” (Arroyo, 2010)³⁵

La composición de la leche humana está dada por una fase acuosa, una lipídica, una coloidal, una membranosa y una de células vivas.

El calostro, contiene altas concentraciones de inmunoglobulina A, enzimas y glóbulos blancos. durante las primeras 24 horas el recién nacido recibe 300mg de IgA secretora, este calostro también tiene un efecto prebiótico lo que favorece el crecimiento de lactobacilos, contiene factores de protección, por ejemplo, el factor bífido, C3 Y C4 del sistema de complemento, linfocitos T Y B.³⁵

“Se ha demostrado protección de los anticuerpos s-IgA contra *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli enterotoxigénica*, *Campylobacter*, *Shigella* y *Giardia lamblia*. También se ha demostrado de forma epidemiológica protección contra infecciones del tracto urinario, otitis media aguda, infecciones respiratorias y enterocolitis necrosante” (Brunser, 2018)³⁶

La leche natural contiene proteínas, como la lactoferrina y la lisozima, que además de aportar nutrimentos tienen una función bacteostática o bacteriolítica.

Además de las proteínas y la inmunidad que ofrece la leche materna, contiene una gran cantidad de oligosacáridos de 5 a 8 g/L.

En la leche materna se presentan dos enzimas importantes plasmina y la tripsina; además de que actúan sobre la caseína, tienen actividad sobre el receptor polimérico de las inmunoglobulinas y los componentes de la grasa.³⁶ (Fig. 27)³⁷



Fig. 27 Composición de la leche materna ³⁷

2.4 DESARROLLO DE LAS HABILIDADES DE LA ALIMENTACIÓN

La alimentación en recién nacidos y lactantes requieren de una coordinación, secuencia en los procesos de succión, deglución y respiración.³⁸

Este mecanismo permite que el recién nacido y lactante succione, degluta rápidamente minimizando la pausa respiratoria realizando una alimentación adecuada.

El recién nacido realiza movimientos orales y es un ser unido a reflejos automáticamente, por ejemplo: el reflejo de búsqueda que es activado al golpear o rozar el extremo lateral de los labios, (en el cuadro 1 se describen algunos reflejos de alimentación).³⁸

Cuadro II. <i>Reflejos de alimentación presentes en el recién nacido</i>			
Reflejo	Estímulo	Respuesta	Tiempo de separación
Succión-deglución	Golpe en el tercio anterior de la lengua o el centro de los labios	Mama, succiona, deglute	4 meses
Búsqueda	Golpe alrededor de la boca	Mueve la cabeza hacia la fuente del estímulo, atrapa el pezón	3-4 meses (más prolongado en los alimentados al pecho)
Mordedura	Golpe en la encía	Movimientos de mordedura de la mandíbula, rítmicos, hacia arriba y hacia abajo	6 meses
Náusea	Tercio medio de la lengua	Náusea, ensanchamiento de la abertura palpebral, etc.	Se desplaza al tercio posterior de la lengua a los 7 meses
De Babkin	Golpe (firme) en las palmas de ambas manos	La boca se abre, la cabeza se flexiona y gira a la línea media	3-4 meses

Fig. 28 Reflejos de alimentación presentes en el recién nacido³⁸

En los recién nacidos la lengua, tiene movimientos de extensión-retracción debido a la capacidad de limitación que tienen dentro de la cavidad bucal. A este proceso de entrada y salida se le llama succión.³⁹ (Fig. 29)⁴⁰



Figura 29 Reflejo de succión en un recién nacido ⁴⁰

Succión verdadera: el dorso de la lengua realiza movimientos hacia arriba y hacia abajo en coordinación con la mandíbula para la extracción de líquido, los labios del lactante se cierran alrededor del pezón y se crea la presión negativa dentro de la cavidad bucal. (Fig. 30)⁴¹



Fig.30 Succión verdadera⁴¹

El recién nacido al momento de nacer tiene la capacidad de reconocer a su madre por el olfato e inicia la alimentación cuando succiona el calostro del seno materno.

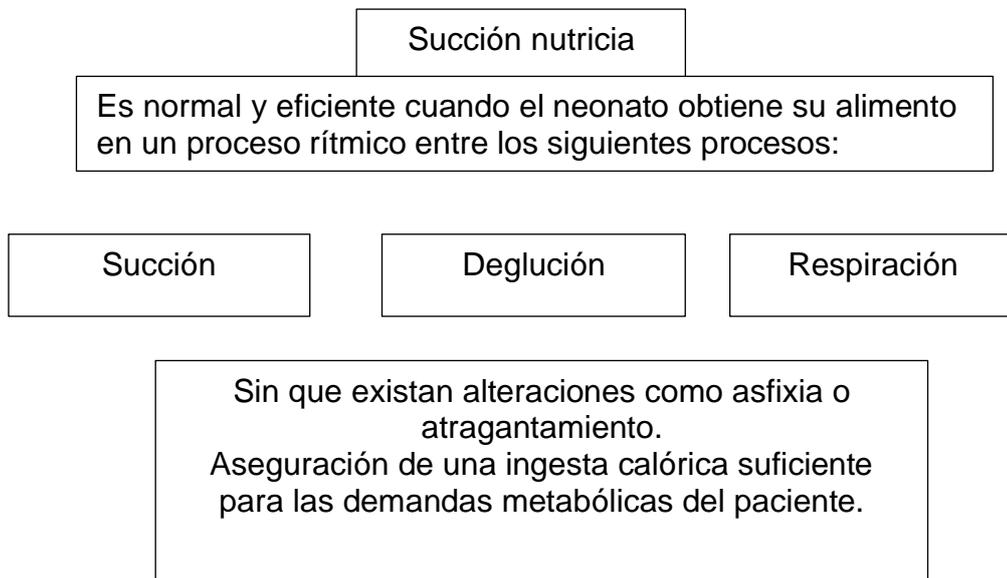


La succión aparece desde etapas prenatales (desde la semana 18 de edad gestacional). En la semana 32 el reflejo nauseoso, actúa como protector de la aspiración de líquidos

Los movimientos de succión se inician durante la semana 28, pero de la semana 32-35 los movimientos de succión, deglución y respiración (no constituyen la respiración como tal) dentro del útero son más coordinados y aparecen los movimientos no coordinados de la lengua. ³⁹

2.5 SUCCIÓN NUTRICIA EN EL LACTANTE

Desde el nacimiento y los próximos seis meses de vida, el alimento principal que es la leche es obtenida por succión nutritiva; la capacidad que tiene el recién nacido para alimentarse es el primer indicador de integridad neurológica, este proceso fisiológico le permite al lactante asegurar la ingesta de alimento suficiente con el menor de consumo de energía. ^{42,43}



Esquema de la succión nutritiva en el lactante ⁴²

El proceso de succión nutritiva es favorecido por que la mandíbula es proporcionalmente más corta que en las etapas infantil y adulta; se previene



el paso del alimento a las vías aéreas. Y aunque la nariz es más pequeña, las narinas se encuentran más horizontales que permite una respiración más lineal a la situación de la boca, lo que permite mantener una respiración constante mientras se alimenta.⁴²

La cavidad oral en el recién nacido y lactante es más pequeña a la de un niño o un adulto, este espacio es reducido, controla el volumen de ingesta de leche, facilita el paso del bolo a la parte más posterior y ayuda a la retención del líquido al final de la succión, en el neonato la lengua es proporcionalmente más grande que la de un adulto, la lengua por los movimientos realizados durante la succión hacia arriba y hacia abajo inicia una onda de propulsión hacia atrás que ocupa casi la totalidad de la cavidad oral y se facilita el desplazamiento de la leche hacia la orofaringe.

La laringe es desplazable hacia adelante, en dirección hacia la epiglotis, y este movimiento es facilitado por el movimiento ascendente de la lengua, se da una protección de la vía aérea respiratoria baja por la clausura de la glotis y la sobre posición de la epiglotis.⁴³

El lactante debe formar un sello bucal hermético, para evitar una succión nutricia ineficiente por la fuga de leche a través de las comisuras bucales.

Durante la succión nutricia, la respiración no se detiene, porque la extracción del líquido es causada por los movimientos de las estructuras orales, este movimiento cíclico permite que la respiración se integre sin interrumpir su ritmo.⁴² (Fig. 31)⁴⁴

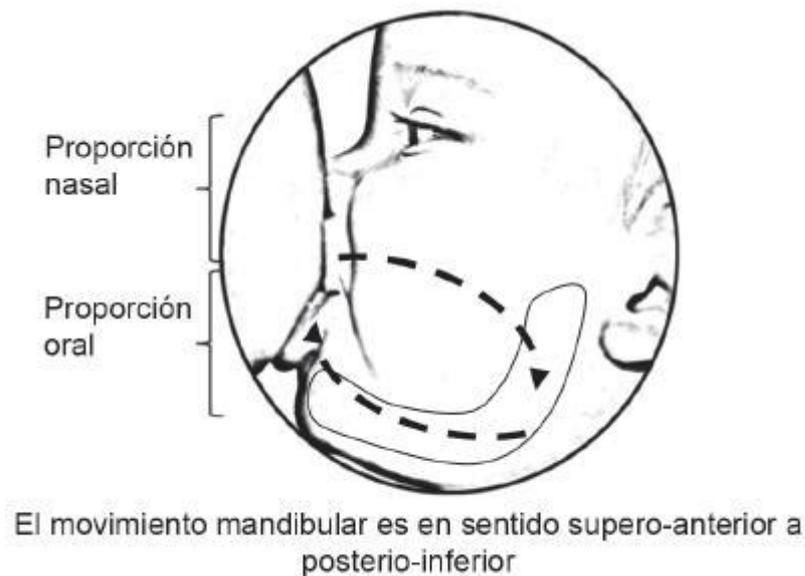


Fig. 31 Aspectos anatómicos y movilidad de la mandíbula durante la succión nutritiva ⁴⁴

Durante la succión nutritiva los neonatos presentan los siguientes patrones: inspirar, deglutir-pausa-espigar, espigar-deglutir-inspirar, inspirar-deglutir-inspirar y espigar-deglutir-espigar.

IDE, EDI- tipo 1

IDI, EDE- tipo 2

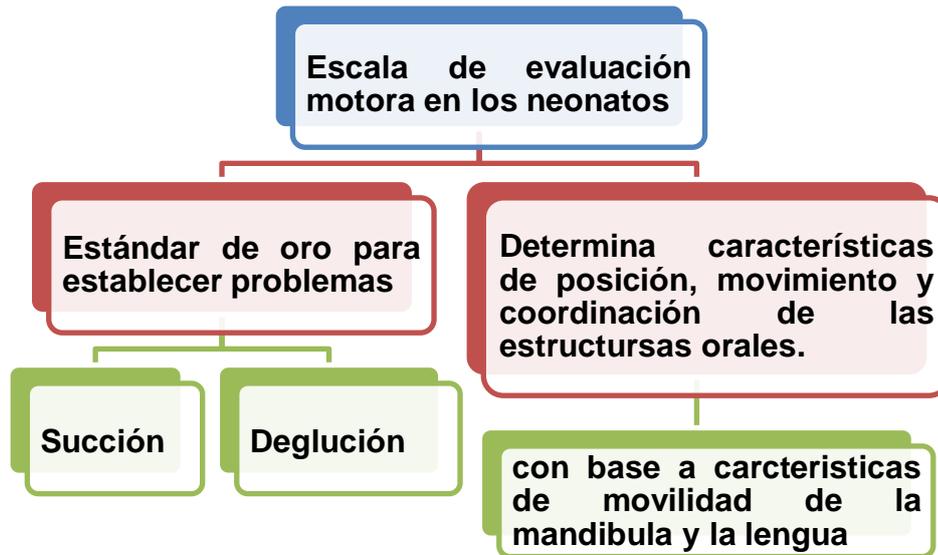
El tipo III es un patrón que sucede cuando hay un cese de la respiración entre dos o más degluciones. También es definido como con apneas por degluciones múltiples (ADM).

Durante el proceso de succión nutritiva la secuencia de los componentes en la etapa neonatal es 1:1, es decir, una succión por cada deglución y respiración.

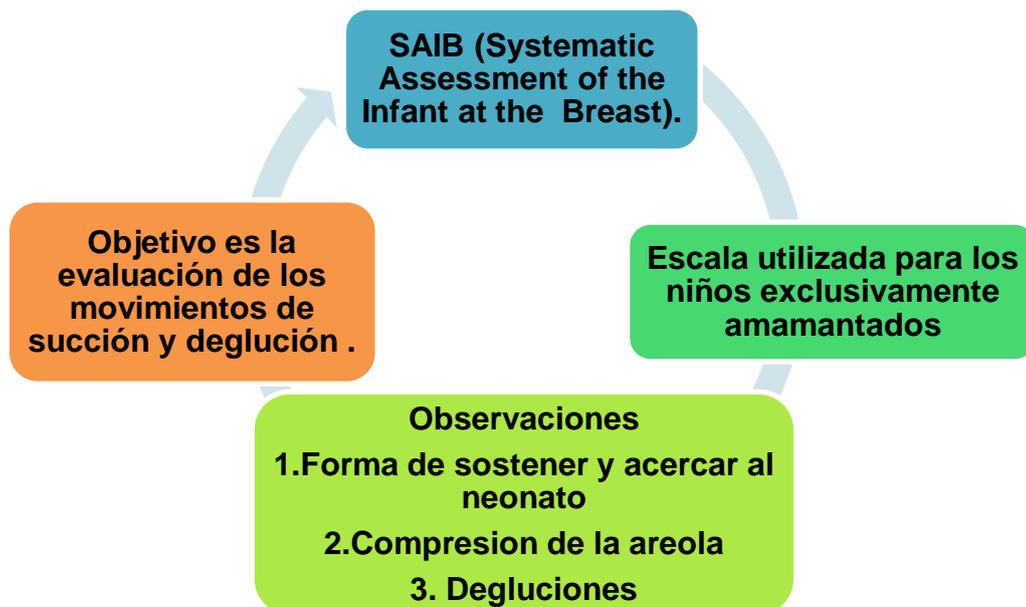
Existen dos criterios para que la succión nutritiva pueda ser evaluada, son los siguientes:

La evaluación clínica de su coordinación-seguridad, consiste en el hecho de establecer que el proceso de succión nutritiva cumple con el objetivo de transferir el alimento de la cavidad oral a la vía digestiva sin causar daño a las vías respiratorias.⁴²

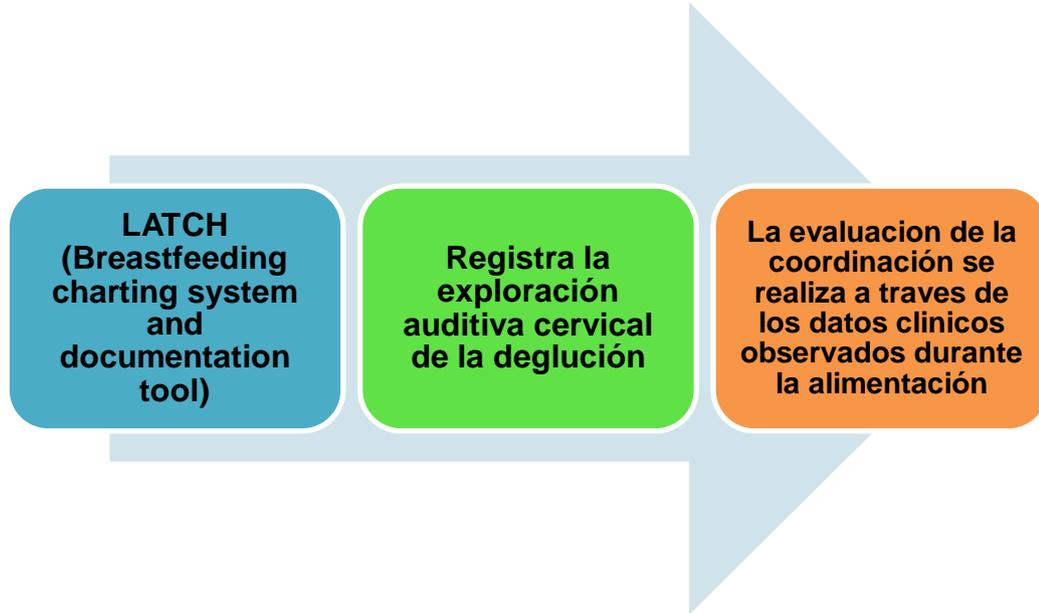
Escalas para la evaluación de la succión nutritiva en los neonatos:



Esquema de la escala de evaluación motora en neonatos. Fuente directa



Esquema de la evaluación SAIB. Fuente directa



Esquema de evaluación LATCH. Fuente directa

TIPOS DE SUCCIÓN

SUCCIÓN NUTRITIVA INMADURA

Este tipo de succión la realizan los recién nacidos prematuros (menores de 32.5 semanas de edad gestacional) a diferencia de los recién nacidos de término que realizan la coordinación de succión- deglución-respiración 1:1:1, el recién nacido prematuro realiza de tres a cinco brotes de succión con respiraciones y degluciones antes y después del bote de succión, la succión y la respiración se realizan al mismo tiempo esto puede estar relacionado con el instinto de proteger la vía aérea de la penetración de líquidos.³⁹

SUCCIÓN NUTRITIVA TRANSICIONAL

Algunos recién nacidos realizan un patrón desorganizado de succión que se caracteriza generalmente de 6 a 10 brotes de succión con pausas, periodos de apnea seguido de un brote de succión más largo, este tipo de



succión se presenta cuando el recién nacido trata de usar un patrón de maduro de succión continua.

Los brotes de succión largos y cortos durante la misma alimentación (más de un patrón de succión), también se consideran transicionales.

SUCCIÓN NUTRITIVA MADURA

Se relaciona con los alimentos y cada acto de succión tiene un tiempo de un segundo como máximo, este patrón de succión se observa en los recién nacidos sanos. En este patrón existen brotes de succión continuos en los que existen de 10 a 30 succiones suaves en relación 1:1:1 al ritmo de succión-deglución-respiración.

Entre los brotes de succión hay pequeñas pausas respiratorias, existe una succión continua.

“Durante la succión nutritiva, los recién nacidos presentan los siguientes patrones: inspirar-deglutir (descanso)-expirar (IDE), expirar-deglutir-inspirar (EDI), conocidas como tipo I; inspirar-deglutir-inspirar (IDI) y expirar-deglutir-expirar (EDE), conocidas como tipo II; cuando hay un cese de la respiración entre dos o más degluciones, se conoce como tipo III o con apneas por degluciones múltiples (ADM)”. (Aguilar, 2018).

En el recién nacido a término se presenta una frecuencia promedio de 55 succiones por minutos (20-30 succiones, con una velocidad de 1-2 por segundo, seguidas por pausas de 2-15 segundos).

SUCCIÓN NO NUTRITIVA

No tiene relación con la alimentación, pero se condicionan estímulos de succión, mejora la habilidad materna para amamantar y para producir leche.



La succión no nutritiva es caracterizada por la presencia de chupeteo y brotes cortos de succión que no se asocian a deglución, se da un incremento en la actividad vagal por la estimulación de la cavidad oral.

Con el incremento de la actividad vagal se elevan algunas hormonas que están implicadas en la absorción de los alimentos como son: la insulina, la hormona gástrica y la glucosa.³⁹



3. DEGLUCIÓN Y TRASTORNOS EN LA LACTANCIA MATERNA

El principio de la deglución es alimentar, consumir un alimento nutritivo, es la acción de propulsión del bolo por la lengua hacia la faringe. En los niños la frecuencia del movimiento en el número de degluciones es mayor que en los adultos, este estímulo es adecuado para el correcto desarrollo de los maxilares. Los niños desarrollan una deglución infantil, la deglución madura se inicia después de que han erupcionado los primeros molares debido a que se inician los verdaderos movimientos masticatorios.^{39, 45,46}

3.1 FASES DE LA DEGLUCIÓN

La deglución se divide en cuatro fases:

Fase preoperatoria oral: Esta fase consiste en la formación del bolo alimenticio, cuando el alimento se mezcla con la saliva.

Fase oral: Considerada la etapa voluntaria de la deglución, en esta fase el bolo alimenticio se prepara, el neonato tiene la capacidad de transportar la leche por medio de la lengua y es transportada a la región posterior de la boca hasta la entrada de la faringe para su deglución (fin de la fase oral).

Fase faríngea: Iniciada con el reflejo de deglución, cuando hay suficiente leche en la cavidad oral, la lengua se contrae y sube hacia el paladar comienza el pasaje del bolo alimenticio a través del istmo de las fauces hasta la pared faríngea posterior.

Cuando el bolo alimenticio hace contacto con el paladar blando, faringe y epiglotis una serie de mecanismos reflejos se estimulan y el principal objetivo es que el bolo no ingrese a la tráquea ni a la nasofaringe. La vía aérea y los músculos de la faringe hacen movimientos ondulatorios para enviar el líquido hacia el esófago favorecer que la epiglotis se cierre.



La leche no es regresada a la boca, a las fosas nasales o a la vía aérea por que el cartílago aritenoides y las cuerdas vocales falsas y verdaderas protegen a la laringe.

Fase esofágica: Esta fase es iniciada cuando el bolo alimenticio abandona la faringe y penetra en el esfínter superior del esófago, las contracciones musculares permiten el transporte del alimento a lo largo del esófago, cuando el alimento llega al estómago esta fase da fin. ³⁹

3.2 TRASTORNOS DE LA LACTANCIA MATERNA

“El dolor durante la LM es un problema relativamente frecuente: se estima que el dolor está presente en entre el 40 y el 90% de las lactancias y es una de las causas de destete precoz”. (Martínez, 2017).⁴⁷

PEZONES PLANOS O INVERTIDOS

Un pezón plano o invertido no impide la lactancia materna, aunque existen problemas de agarre derivados de un pezón plano o que está invertido.⁴⁸

INDICACIONES PARA UNA MADRE CON DIFICULTADES EN LA LACTANCIA POR PEZONES PLANOS O INVERTIDOS

1. Tras el parto, se debe aprovechar el periodo de perceptibilidad del bebé, y se recomienda que lo primero que sea introducido en la boca del bebé sea el pezón de la madre iniciando la lactancia materna lo más pronto posible.
2. No se recomienda el uso de tetinas y/o chupones para evitar confundir al bebé.
3. Colocar al bebé en una posición para favorecer el arrastre al pecho, que el agarre sea espontaneo y profundo. (posición de crianza biológica).
4. La estimulación del pezón antes de la lactancia materna puede realizarla la madre para dar forma al pezón, con el uso de la extracción manual o uso de sacaleches.

5. Las terminaciones nerviosas se pueden estimular con la aplicación de frío local sobre la zona antes a la toma y hacer que el pezón sea protruido, teniendo la precaución de no causar un vasoespasmo del pezón.
6. Estimular el reflejo de succión del bebé
7. Al obtener el agarre, se debe mantener la sujeción hasta que el bebé haya succionado un par de veces y el pecho no se escape por el vacío creado
8. Se pueden realizar las técnicas de agarre siguientes: “sándwich”, o de “taza de café” (Fig. 32, 33)⁴⁷



Fig. 32 Agarre de “taza de café”⁴⁷



Fig. 33 Agarre en “sándwich”⁴⁷

9. Valorar la utilización de pezoneras de silicona si la incapacidad de agarre persiste.
10. Investigar otras causas que dificulten el agarre del bebé al pecho, por ejemplo: frenillo lingual, retrognatia no fisiológica, etc.)⁴⁸

DOLOR EN LOS PEZONES

Una de las causas más frecuentes para el abandono precoz de la lactancia es el dolor en los pezones y en el pecho de la madre.

Los picos máximos de molestia son entre el tercer y sexto día, y disminuyen tras el séptimo día.

Las causas más frecuentes de dolor en los pezones son la posición y el agarre, aunque una succión normal provoca cambios en los pezones y la madre los puede percibir como una sensación dolorosa.

Esquema de valoración de dolor en los pezones:(Fig.34)⁴⁸

Anamnesis detallada:

- Antecedentes personales, lactancias anteriores, embarazo, parto, inicio de la lactancia, evolución de la sintomatología, aparición, etc.
- Cómo es el dolor (sensación de mordisco, ardor, pinchazos).
- Cuándo se produce el dolor:
 - Entre las tomas: continuo o alterno.
 - Durante las tomas: al inicio, durante toda la toma, al final de la misma.
 - Aumento de la sensación dolorosa con el frío.

Exploración de la madre:

- No se percibe lesión evidente.
- Se ve la lesión:
 - Herida (punta o base del pezón).
 - Perla de leche.
 - Dolor difuso en el pezón y/o la areola.
 - Cambio en la forma del pezón tras la toma.
 - Cambio de color tras la toma.

Exploración del bebé:

- Cuerpo: postura en reposo, movimientos.
- Cabeza: asimetría facial, exploración de la boca del bebé, asimetría de suturas, lesiones derivadas del parto.

Observación de una toma:

- Comportamiento del bebé.
- Postura de la madre y posición del bebé: acceso al pecho, estabilidad corporal del bebé, libertad de movimientos del bebé, comodidad de la madre.
 - Agarre: indoloro, asimétrico, profundo.
 - Signos de succión efectiva.

Fig.34 Valoración del dolor en los pezones durante la lactancia materna⁴⁸

Causas físicas y/o mecánicas del dolor en los pezones (enrojecimiento, pezón erosionado, irritación, fisuras, hematomas, forma del pezón después de la toma, grietas o sangrado).⁴⁸ (Fig. 35)⁴⁸

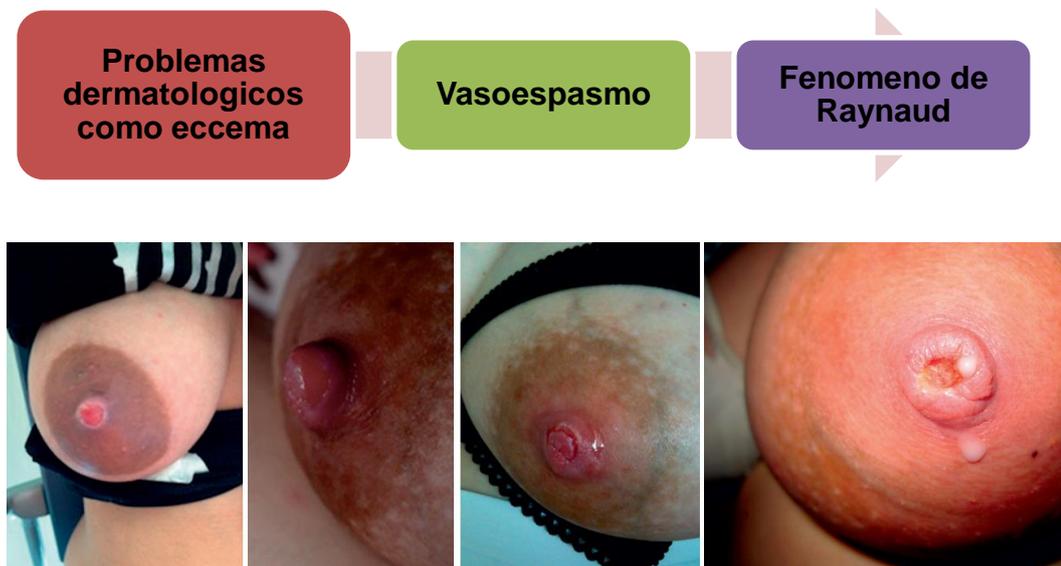


Fig. 35 Heridas en los pezones ⁴⁸

INDICACIONES Y CUIDADOS PARA TRATAR EL DOLOR DE LOS PEZONES

1. Facilitar un agarre y buena posición del bebé
2. Higiene del pezón, evitar un lavado excesivo
3. Realizar un masaje antes de la toma y extraer un poco de leche
4. Dejar secar el pezón y pecho al aire tras realizar la toma
5. Se recomienda cambiar los discos absorbentes con frecuencia para evitar exceso de humedad, si es que son utilizados.
6. No hay evidencia sobre los productos para el tratamiento de las lesiones del pezón
7. La aplicación de leche o compresas de agua templada tras la toma y el secado al aire producen una ligera sensación de alivio.
8. Se puede comenzar la toma por el pezón que esta menos afectado y continuar con el que está más afectado.
9. Cuando se utiliza extractor, se debe revisar su correcta utilización y que tenga el tamaño adecuado para el pezón.



10. No utilizar geles, cremas que causen la irritación
11. Valorar el uso de pezoneras
12. En caso de problemas como vasoespasmo, Raynaud, se evitará el frío, aplicar calor seco en el pezón después de la toma, evitar la ingesta de sustancias que produzcan la vasoconstricción (cafeína, nicotina), así como el uso de fármacos que también produzcan la vasoconstricción (metilergometrina, etc.).

“Actualmente NO hay pruebas suficientes para recomendar ningún tipo específico de tratamiento para el dolor en los pezones en las mujeres que lactan”. (Redondo, 2016).⁴⁸

Otros problemas que dificultan la lactancia materna son los mostrados en los esquemas siguientes⁴⁷:

DERMATOSIS DEL PEZÓN

Las afecciones más comunes son: el eccema atópico o la dermatitis de contacto.

S. aureus frecuentemente colonizará e infectará las erosiones y las grietas en los pezones, el tratamiento será aplicar antibióticos locales. El amamantamiento directo se evitará durante la infección por herpes por el riesgo a contagio del recién nacido, pero se puede extraer la leche materna y administrarse al recién nacido.⁴⁷

FENÓMENO DE RAYNAUD DEL PEZÓN

El fenómeno de Raynaud primario se presenta en mujeres jóvenes, que no está asociado a enfermedades, este afecta principalmente a los dedos de las manos, como consecuencia de la exposición al frío, la ingesta de determinados medicamentos o sustancias como la cafeína, suele afectarse el pezón por la misma etiología.

Las recomendaciones son: evitar la exposición al frío, control del estrés y evitar la cafeína, se puede valorar la utilización de fármacos bloqueantes de los canales de calcio.

Nifedipino-30 a 180 mg/día Amlodipino 5-20mg/día.⁴⁷



INGURGITACIÓN DE LAS MAMAS

Dureza de las mamas, acompañada de sensibilidad y dolor, afectando toda la mama o solo la zona de la areola.

IGM primaria ocurre entre el 3er y 5to día posparto

IGM secundaria puede ocurrir en cualquier otro momento

El tratamiento consistirá en vaciado frecuente por el recién nacido, duchas templadas, compresas frías y analgésicos después.⁴⁷

OBSTRUCCIONES DE CONDUCTOS

Forma localizada de estasis lácteo bulto palpable sensible o doloroso, la etiología es por la técnica incorrecta de amamantamiento, ropa apretada, cese brusco de la lactancia, ingurgitación y las infecciones bacterianas.

El tratamiento será el vaciado frecuente, vaciar uniformemente todas las áreas de la mama y utilizar analgésicos.⁴⁷

GALACTOCELE

Son quistes en donde un conducto está bloqueado y la leche es retenida sin salida. Pueden aparecer durante la gestación, durante la lactancia o al finalizar, si no están infectados suelen no ser dolorosos.

Su diagnóstico es por ecografía, suelen disminuir por sí solos, si resulta molesto para la madre pueden ser aspirados mediante aguja o extirpación quirúrgica.⁴⁷



MASTITIS

Común entre las mujeres que amamantan, inflamación localizada en el pecho, asociada con fiebre, mialgias, dolor y enrojecimiento del área.

De etiología infecciosa o no más frecuente en las primeras seis semanas posparto

El tratamiento será con antiinflamatorios, el vaciado de las mamas, masajes, comprobar la técnica correcta de amamantamiento.

Antibioticoterapia empírica si es de etiología infecciosa.⁴⁷

ABSCESO MAMARIO

Pus localizado en el tejido mamario, la cápsula del absceso se da por la formación del tejido de granulación, tiene similitud clínica con la mastitis, sintomatología en el pecho y síntomas sistémicos, puede haber o no fiebre, edema, calor y enrojecimiento.

Pueden formarse fistulas de drenaje en la fase tardía, el diagnóstico se puede hacer mediante punción y ecografía.⁴⁷

3.3 DIFICULTADES EN EL LACTANTE

En los recién nacidos existen alteraciones dadas por enfermedades congénitas.⁴⁸

- La galactosemia es una enfermedad poco frecuente de origen congénito, en la cual la capacidad de metabolizar la galactosa es imposible.
- La fenilcetonuria, es una enfermedad hereditaria, en la cual existe la carencia de la enzima fenilalanina hidroxilasa, que es necesaria para la descomposición de un aminoácido esencial.
- Los recién nacidos con trisomía 21 presentan varias dificultades con la alimentación, a continuación se presenta un esquema que representa las dificultades de alimentación.⁴⁸



Esquema de las dificultades de alimentación en neonatos con trisomía 21: Fuente directa

- Cardiopatía congénita

Los niños que presentan cardiopatías congénitas realizan tomas más cortas y frecuentes, el aumento de peso es lento en comparación con los recién nacidos que no presentan cardiopatías congénitas, tienen mayor gasto calórico.

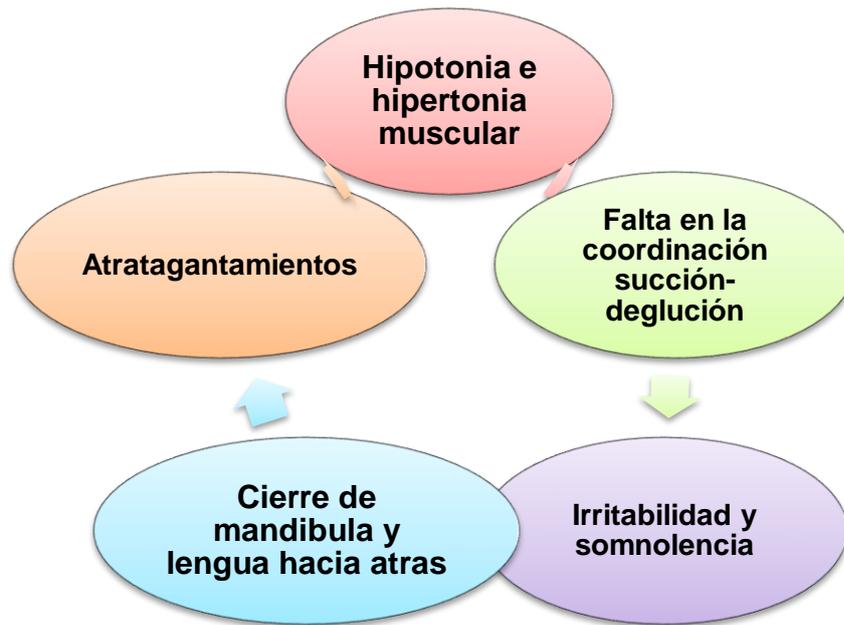
- Problemas neurológicos

La inmadurez del sistema nervioso, o algún problema físico desencadenan problemas neurológicos en el recién nacido, y pueden clasificarse en dos:

Niños que presentan hipotonía

Niños con hipertonía

Las dificultades que presentan los lactantes con problemas neurológicos están representadas en el siguiente esquema.⁴⁸



Esquema de las dificultades que presentan los lactantes con problemas neurológicos.
Fuente directa

3.4 TRASTORNOS DE DEGLUCIÓN EN LACTANTES

“Las dificultades de la deglución y la alimentación en el período neonatal y de lactancia son variadas como lo son los bebés. Pueden ser resultantes directos de una lesión o producirse como un problema asociado, secundario a la lesión o, también, formar parte de un cuadro transitorio de una dificultad relacionada con la falta de madurez, como en el caso de los recién nacidos antes de término (RNTP) que, sin embargo, pueden evolucionar hacia una disfagia” (José-Chedid, 2018).¹⁷

Patrones que pueden afectar la deglución:

- Succión débil o inexistente
- Sellado labial ineficaz
- Mandíbula y mejillas con poca estabilidad
- Dificultad en la creación de presiones intraorales negativas
- Dificultad en la tolerancia gástrica
- Reflujo gastroesofágico



- Dificultad en el vaciado y tránsito
- Síndrome de dificultad respiratoria
- Displasia broncopulmonar
- Apnea del prematuro
- Reflujo gastrointestinal
- Volumen gástrico reducido
- Anormalidades en la postura y tono corporal
- Aversión oral por la intubación endotraqueal, sonda nasogástrica o aspiración de secreciones.^{48,49}

3.5 DISFAGIA

Este término hace referencia a la “dificultad para deglutir” los alimentos como líquidos y sólidos tienen la incapacidad de pasar desde la boca hacia la garganta y por el esófago hasta el estómago.⁵⁰

Las enfermedades o la inmadurez del neonato pueden interferir en la alimentación del mismo.

Principales antecedentes de riesgo de disfagia: anomalías craneofaciales, premadurez, bajo peso al nacer, asfixia neonatal, problemas metabólicos de la madre y del neonato, ventilación mecánica por más de 10 días, infecciones nasales y pulmonares, problemas neurológicos, anomalías del aparato digestivo, intubación orotraqueal o gástrica prolongada, problemas cardiovasculares, problemas funcionales digestivos.

Los problemas de deglución que sufren los recién nacidos o lactantes pueden ser los siguientes:

Labio paladar fisurado
Dientes natales o neonatales, que provoquen ulcera de Riga Fede
Anquiloglosia
Enfermedades que afecten a los nervios y músculos
Amígdalas grandes
Tumores en la garganta



Anomalías craneofaciales

Atresia esofágica o fistula traqueoesofágica

Sensibilidad oral (niños que necesitan un espirador mecánico)

Irritación de las cuerdas vocales por la utilización de un respirador durante tiempos prolongados

Traqueotomía

Irritación del esófago por reflujo gastroesofágico

Retrasos en el desarrollo

Prematuridad^{50, 51}

Estos trastornos tienen importancia por la morbimortalidad que condicionan, frecuencia y la repercusión en la calidad de vida, estos trastornos pueden causar deshidratación, pérdida de peso, desnutrición, cuando los líquidos y los alimentos pasan a la tráquea y a los pulmones pueden causar neumonía y otros trastornos pulmonares.⁵¹

La anamnesis y la exploración física permiten conocer la causa del trastorno en el 80-85% de los casos, existen exploraciones complementarias como: esofagograma baritado, esofagoscopia.

Las pruebas diagnósticas complejas incluirán estudios neurológicos, videorradiología, manometría y pHmetría esofágica.

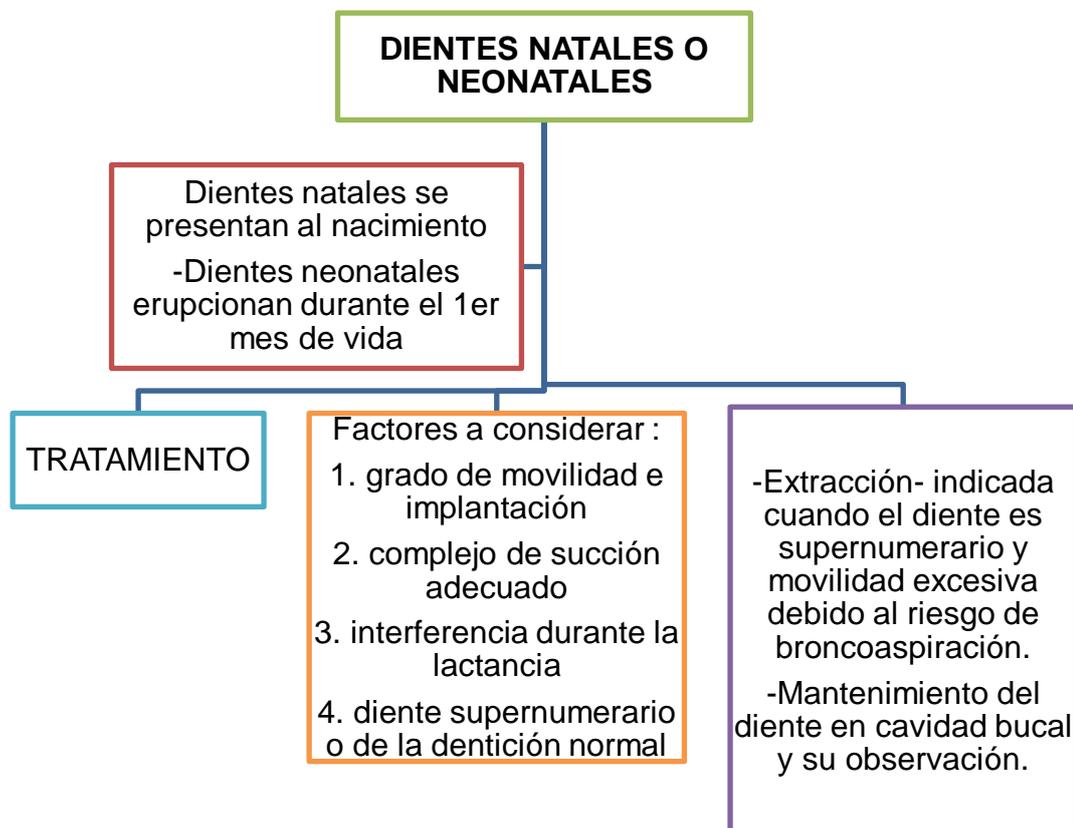
El objetivo principal de los tratamientos es el restablecimiento y mantenimiento del estado nutricional, y la prevención de complicaciones. Existen vías de nutrición alternativas a la natural que pueden ser temporales o definitivas.⁵¹

Existen defectos internos bucales, los movimientos coordinados de la lengua son de suma importancia en el neonato para que tenga la capacidad de succión y deglución, existen dificultades para la alimentación cuando un bebé nace con una morfología anormal en la lengua.⁵²

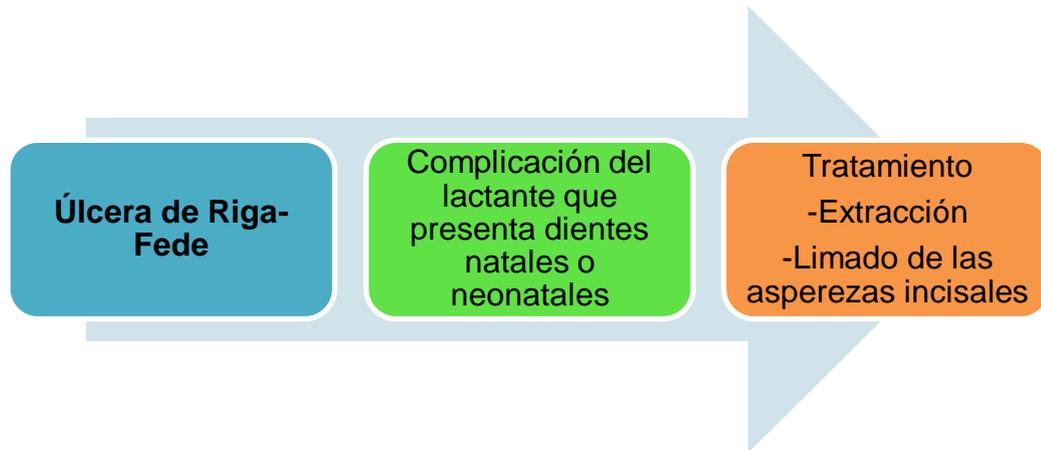
Alteración congénita de tamaño o la forma que están asociadas con otras anomalías congénitas: entre ellas se encuentran: macroglosia y aglosia.

MANEJO EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA DE LAS ALTERACIONES DE DEGLUCIÓN.

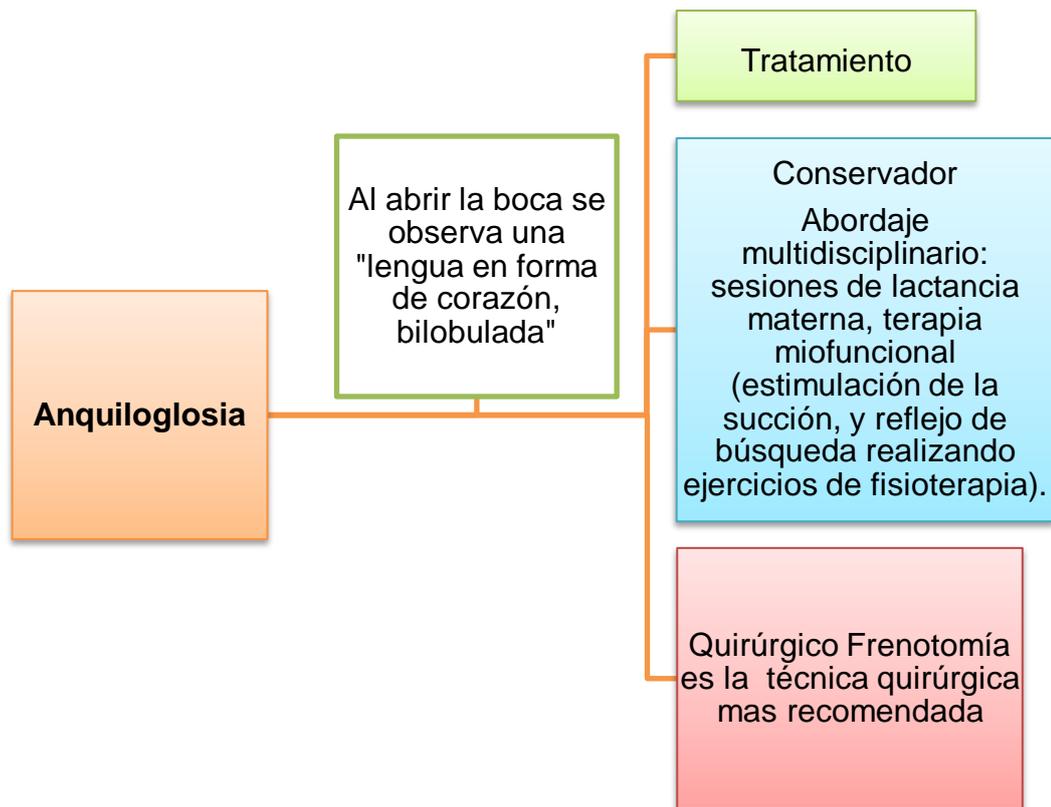
El odontopediatra durante su consulta debe conocer el manejo de algunas alteraciones en los lactantes que impidan llevar a cabo la lactancia materna como los siguientes: Dientes natales o neonatales, Ulcera de Riga-Fede, Anquilosis y Labio paladar hendido.^{53, 54, 55,56}



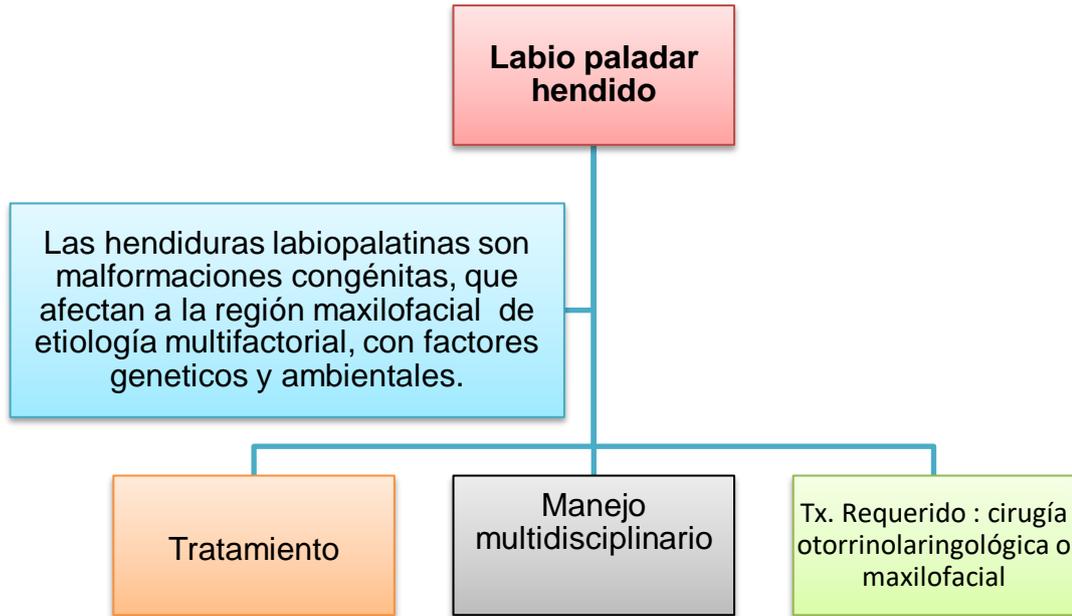
Esquema del manejo de dientes natales y neonatales. Fuente directa



Esquema del manejo de la Úlcera de Riga-Fede. Fuente directa



Esquema del manejo de la anquilosis en lactantes. Fuente directa



Esquema del manejo del labio paladar-hendido. Fuente directa



4. TRATAMIENTO

El plan de tratamiento se dará cuando se haya realizado un diagnóstico correcto y analizadas las características y dificultades presentadas se indicará la terapéutica.¹⁷

Los tratamientos en la práctica clínica son los siguientes:

- Estimulación táctil y gustativa
- Succión no nutritiva asociada con la alimentación por sonda
- Estrategia de manejo global de los patrones patológicos o atípicos
- Cuidados en cuanto a la postura. La alineación biomecánica, se debe mantener la simetría, equilibrio entre la extensión y flexión de la cabeza garantizará la función correcta del complejo orofaríngeo.
- Oferta de volúmenes mínimos, técnicas como sonda de dedo
- Pausas necesarias para una buena coordinación
- Dietoterapia.¹⁷

4.1 TERAPIA MIOFUNCIONAL

Las alteraciones en la succión-deglución-respiración, pueden tratarse con una buena postura y posicionamiento adecuado de la cabeza con respecto al tronco, en el lactante la cabeza es de mayor tamaño y también tiene más peso que el tronco, y es importante que se encuentre de forma alineada durante el proceso de alimentación.³⁹

POSICIONAMIENTO

Esta alineación se da al sujetar la cabeza del niño por la base del cráneo con los dedos índice y pulgar, y el resto de la mano deberá estar entre las clavículas y las escapulas para brindar el soporte, el bebe deberá ser colocado en las piernas de la madre. Con esta posición la cabeza está alineada, ligeramente elevada, lo que permite el paso del líquido por la

orofaringe, es importante informar a la madre sobre la correcta postura para que se obtenga la correcta alimentación en el recién nacido.

SENSIBILIDAD Y TONO MUSCULAR

La estimulación para el reflejo de búsqueda es mediante un golpeteo firme y continuo alrededor de los labios, se debe continuar hasta las mejillas; con este ejercicio se logra que el niño entreabra la boca, tratando de alcanzar el dedo que está estimulando y que después frunza los labios y los apriete durante el tiempo que se mantenga el estímulo, el objetivo que tiene este estímulo o ejercicio es mejorar el tono muscular.

En los recién nacidos que presentan bajo tono muscular para la succión, se puede realizar un masaje deslizando los dedos índice y pulgar desde el lóbulo de la oreja hasta la comisura labial, ejerciendo cierta presión, se realiza también una presión vibratoria con los mismos dedos, con este ejercicio se favorece el incremento del tono muscular; el recién nacido ejerce una mayor fuerza al momento de realizar el sello labial y la presión en la succión.

Este ejercicio en sentido contrario se realiza en recién nacidos con un buen tono muscular; esto es, de la comisura labial hacia los lóbulos de las orejas de manera firme y continua, también es aplicado dentro de la boca un masaje en forma circular en las mejillas.³⁹ (Fig.36)⁵⁷

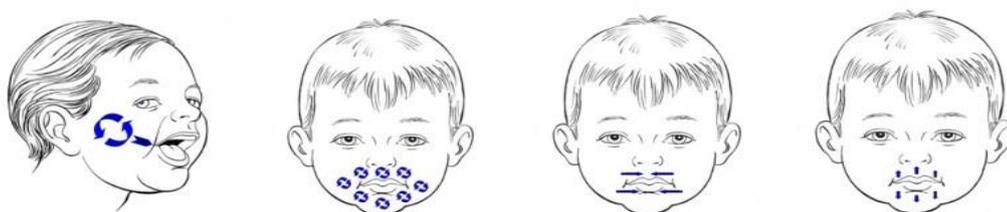


Fig. 36 Fisioterapia para reconducir disfunciones orales en lactantes⁵⁷



La estimulación térmica se puede aplicar en recién nacidos prematuros con gran alteración sensitiva; puede realizarse utilizando un chupón pacificador frío para que el recién nacido prematuro succione, o también puede emplearse un dosificador de medicamentos con 10 ml de leche fría y 10 ml de leche caliente, las alteraciones de sensibilidad se mejoran con los medios de contraste.³⁹

Los trastornos de la deglución se producen cuando una o más de las cuatro fases de la deglución (pre-oral, oral, faríngea y esofágica) no se llevan a cabo normalmente.⁵²

Es un sistema que interviene y constituye un conjunto de técnicas y procedimientos utilizados para reeducar y hacer un establecimiento de nuevos patrones de la conducta oral y el objetivo se centra en la rehabilitación funcional y la resolución de los trastornos bucofaciales.

Protocolo general de tratamiento (pautas de M. Le Metayér y Castillo Morales.)

En los recién nacidos, el trabajo y tratamiento se realiza basándose en los reflejos primitivos, se necesita en provocar al neonato un movimiento, aunque sea reflejo representa un trabajo muscular activo y el fortalecimiento de los grupos musculares y el refuerzo de los patrones de movimiento⁵²

La intervención miofuncional consiste en el masaje y/o presión a las estructuras orales para mejorar la debilidad del tono muscular, la falla en emergencia de reflejos y las alteraciones en la sensibilidad que presentan principalmente los recién nacidos pretérmino.⁴⁵

Terapia miofuncional llevada a cabo por pediatras especialistas en neurodesarrollo e intervención temprana del prematuro; utilizando el protocolo por Boiron et.al



Duración: 12 minutos una vez al día

PROCEDIMIENTO:

Compresión de las mejillas desde el pabellón auricular hasta la boca durante 2 minutos.

Compresión de los labios desde la base central izquierda y derecha de la nariz hasta las comisuras labiales durante 1 minuto.

Compresión desde la base de la barbilla hasta las comisuras labiales durante 1 minuto.

Compresiones en los 4 puntos cardinales de los labios durante 2 minutos.

Compresión de la lengua con un movimiento posteroanterior durante 2 minutos.

Compresión del paladar anterior hacia atrás durante 2 minutos.

Compresión de las encías superiores del centro hacia adentro de la cavidad oral durante dos minutos.⁴⁵

4.2 REFLEJOS DE BÚSQUEDA

Existe un reflejo innato en los neonatos y debe aprovecharse al máximo durante los primeros días, al tocar uno de los carrillos del recién nacido, este volteará la cabeza del lado que se le tocó, al tocar los labios, el recién nacido abrirá la boca y de inmediato tratará de buscar el pezón del seno materno; se recomienda no empujar el pezón directamente en la boca, sino frotar el pezón sobre el carrillo, para estimular el reflejo de búsqueda.⁵⁸

Existen anomalías del reflejo de succión que se relacionan con la estructura de la cara, boca o faringe disfunción del sistema nervioso central, periférico o de la musculatura que corresponde de la transmisión de impulsos de los nervios craneales.



Padecimientos asociados con la depresión del reflejo de succión.

Inmadurez del sistema nervioso central

- Prematurez
- Retraso inespecífico en la maduración

Desarrollo inadecuado del sistema nervioso central

- Trisomía 18 y 21
- Síndrome de Proder-Willi

Los lactantes que presentan trastornos de succión son hipersensibles a la estimulación bucal, la consecuencia de esto es la actividad refleja excesiva, observándose la protusión de la lengua, cierre mandibular, reflejo nauseoso y/o la extensión del cuello y cuerpo.

Cuando existe una disfunción de la succión con problemas neurológicos, se debe realizar de forma multidisciplinaria; especialistas como: neonatólogo, pediatra, neurólogo, estomatólogo, enfermera, terapeuta físico, dietista o consultante en lactancia.

“El lactante con incapacidad del mecanismo del reflejo de succión no constituye una urgencia. En cambio, la incapacidad e incoordinación de los reflejos de succión, deglución y respiración sí constituyen una grave amenaza de aspiración de alimentos y secreciones.” (Fragoso, 1992).⁵⁸

Con los estímulos para favorecer los reflejos de succión-deglución se tienen como objetivos:

- Facilitar los reflejos búsqueda, succión y deglución
- Coordinación entre la succión y la deglución
- Lograr que el recién nacido pueda llevar a cabo una alimentación sin emplear una técnica especial



Procedimiento para la aplicación de estímulos del amamantamiento en el neonato, se recomienda llevar a cabo la rutina antes de la alimentación diurna.

1. Alineación del cuerpo y cabeza del lactante, la angulación debe ser a 45 grados de flexión, con brazos y piernas al frente y con la cabeza erguida
2. Se realizará una presión ligera con los dedos índices y pulgares sobre ambas mejillas, con movimientos rotatorios seis veces de 2 a 3 segundos.
3. Se realizará también una presión sobre la línea media entre la nariz y el labio superior, se harán tres repeticiones durante dos a tres segundos.
4. Posteriormente se realiza una presión firme sobre los labios, de 2 a 3 segundos, tres veces.
5. Dentro de la cavidad bucal, se ejercerá presión en el punto medio del paladar duro, los movimientos serán rotatorios y solo durante 2 segundos.⁵⁸

Estímulos propioceptivos en casos necesarios:

1. Se realizará un toque firme con presión ligera atrás de la barbilla durante 3 a 4 segundos para facilitar la deglución.⁵⁸
2. Ligera presión ejercida sobre la línea media, entre la nariz y el labio superior durante 3 a 4 segundos, antes de la alimentación 4 o 5 veces.
3. Se presionarán las palmas de forma intermitente con ligera presión. 3 o 4 veces; la posición del neonato será semisentado a 45 grados con cabeza en línea media extensión de las muñecas y ambos brazos en flexión, el objetivo de este ejercicio será que el neonato mueva sus labios (puede repetirse la secuencia en

caso de no observar fatiga manifiesta, pero no se recomienda realizarla más de tres veces durante la misma sesión).⁵⁸

EJERCICIOS DE FISIOTERAPIA DESPUÉS DE UNA FRENOTOMÍA

La fisioterapia tiene aplicación después de una frenotomía por anquiloglosia, los ejercicios para estimular el movimiento de la lengua reportan una mejora de la succión.⁵⁷(Fig.37)⁵⁷



Fig. 37 Ejercicios para la estimulación de la lengua después de una frenotomía⁵⁷



4.3 INTERCONSULTA CON OTRAS ESPECIALIDADES

ACCLAM es una asociación civil que agrupa a los Consultores Certificados en Lactancia Materna por el Consejo Internacional de certificación IBLCE en México.⁵⁹

En esta liga se ofrece apoyo e información acerca de la lactancia materna para llevarla a cabo de manera correcta y exitosa.

Existen cursos sobre diversos temas que son relacionados con la lactancia materna y son dirigidos a las madres,

Se ofrecen cursos sobre diversos temas relacionados con la lactancia materna y dirigidos a diferentes públicos, como las madres y los especialistas que tienen contacto con los lactantes.

Al consultar el directorio, un consultor certificado en lactancia materna brindará apoyo personalizado con base en las necesidades específicas de la madre y el bebé.

Recomendaciones internacionales y los beneficios a la salud relacionados con la lactancia materna: <http://www.who.int/es/>

INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION (ILCA)

Información acerca de los consultores certificados en la lactancia materna de todo el mundo: <http://www.ilca.org>

LA LIGA DE LA LECHE EN MÉXICO

Información acerca de los grupos de apoyo de la Liga de la Leche en toda la República Mexicana: <http://www.lili.org/mexico>

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE (ABM)

Consulta acerca de los recursos que ofrece la organización internacional de médicos promotores de la lactancia materna: <http://www.bfmed.org/>

INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK (IBFAN)



Recursos dirigidos a mejorar la alimentación materno-infantil a través de la lactancia materna: <http://ibfan.org/>

JOURNAL OF HUMAN LACTATION

Revista especializada en materia de lactancia materna, que con tiene las más recientes investigaciones sobre la práctica y la teoría de la lactancia materna y estudios de caso: <http://jhl.sagepub.com/>

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA

Investigaciones recientes sobre la salud de la infancia: <http://www.aap.org>

ACADEMIA MEXICANA DE PEDIATRÍA

Investigaciones científicas y humanistas en pediatría: <http://www.academiamexicanadepediatria.com.mx/>

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)

Acciones llevadas a cabo por la Oficina de las Naciones Unidas especializadas en la protección y promoción de los derechos humanos de la infancia, incluido el derecho de la lactancia materna: <http://www.unicef.org/spanish/>

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION (WABA)

Red de organizaciones e individuos que promueven el derecho de la infancia a la lactancia materna a nivel internacional: <http://waba.org.my/>

SECRETARIA DE SALUD

Políticas, normas y acciones que implementa el Gobierno mexicano para promover la salud materno-infantil en nuestro país: <http://ww.gob.mx/salud>

E-LACTANCIA

Consulta de la compatibilidad de diversos medicamentos con la lactancia materna: <http://e-lactancia.org/>⁵⁹



CONCLUSIONES

La lactancia materna es la forma ideal de alimentación en los recién nacidos, ya que las revisiones bibliográficas arrojan resultados de los beneficios de ella desde el nacimiento y a lo largo la su vida para el buen crecimiento y desarrollo del ser humano.

Es exitosa cuando la madre dispone de una buena información, apoyo de la familia y del sistema de salud, los odontólogos deben conocer el tema para brindar información acertada y oportuna.

Los Odontopediatras, así como los Odontólogos de practica general deben estar familiarizados con términos médicos relacionados con las alteraciones de la alimentación, succión y deglución debido a que estos procesos están vinculados con el sistema estomatognático y así poder ofrecer alternativas a las alteraciones que pueda presentar el lactante.

El recién nacido puede presentar trastornos en la succión-deglución, que pueden dificultar la alimentación del mismo, la prioridad debe ser asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias y evaluar los riesgos de la alimentación oral debido a que estos procesos le confieren la supervivencia al neonato.

La terapia miofuncional se debe realizar después de una previa evaluación y diagnóstico profesional, el Odontopediatra podrá trabajar multidisciplinariamente al remitir el paciente con especialistas en el tema.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández E. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica 2008; 15: 1-6.
2. Obtenida en: <https://images-na.ssl-images-amazon.com/images/I/51I5USZsRLL.jpg>
3. Obtenida en: <https://www.hola.com/imagenes/ninos/2011022551277/mitos/lactancia/materna/0-170-905/ninos-lactancia-01-z.jpg>
4. Obtenida en: <https://franciscojaviertostado.files.wordpress.com/2014/02/ritho-ra.jpg>
5. Marín L, Márquez C, Morales P, Núñez B, Ortúzar B. Importancia del fomento de la lactancia materna. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v50n2/art07.pdf>
6. Marshall J, Baston H, Hall J. Lactancia- Guías de enfermería obstétrica y materno infantil. 1era. ed. Barcelona, España: Editorial Elsevier. 2017. Pp. 69-70
7. Elías P, Arellano C. Odontología para bebés- Fundamentos Teóricos y Prácticos para el clínico. 1era. Ed. Madrid, España: Editorial Ripano. 2013. Pp. 89-94
8. Obtenida en : <https://i.ytimg.com/vi/O5qe-4dezqY/hqdefault.jpg>
9. Obtenida en: <https://mk0babysitiosopdj9fd.kinstacdn.com/wp-content/uploads/2016/02/controles-del-recien-nacido.jpg>
10. Obtenida en : <https://previews.123rf.com/images/miklyxa/miklyxa1511/miklyxa151100180/48973285-foto-del-primer-de-los-labios-lindo-beb%C3%A9-reci%C3%A9n-nacido-que-forma-parte-la-cara-los-ojos-la-nariz-las-ore.jpg>
11. Obtenida en: https://www.mipediatraonline.com/wp-content/uploads/-/1/1/images_callo-de-succion.png
12. Obtenida en : <https://www.google.com.mx/search?q=cordon+fibroso+de+robin+y+>



magitot&sxsrf=ACYBGNSTtmbmf3DtskQlsjviPYKNOTNnUA:1571014218626&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjJq8CDxJrIAhUqHDQIHSouCF8Q_AUIEigB&biw=1366&bih=608#imgdii=NaumKe-6pmHxWM:&imgrc=P6zAc0DhVG3qUM:

13. Ramos K, Sáez ME, Alegret M, Díaz L. Características morfológicas bucofaciales durante el primer año de vida en niños del municipio Santa Clara. Rev. Científica Villa Clara 2016; 3: vol.20
14. Obtenida en :<https://footage.framepool.com/shotimg/af/277726187-anillo-de-matrimonio-cuidado-de-ninos-recien-nacido-ser-humano-perfil.jpg>
15. Grettchen S. Elementos anatomofisiológicos del proceso de lactogénesis con trascendencias médico legal. Rev. Clínica de la Escuela de Medicina 2018; 6: 45-52
16. Obtenida en:<https://arribasalud.com/wp-content/uploads/2018/07/lactog%C3%A9nesis-665x285.jpg>
17. Chedid José S. Ortopedia y Ortodoncia para la dentición decidua. 1era Ed. Venezuela: Editorial AMOLCA. 2018. Pp. 51-55
18. Obtenida en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-39578310>
19. Obtenida en :
https://ichef.bbci.co.uk/news/ws/660/amz/worldservice/live/assets/images/2015/05/21/150521115935_pezones_extra_supernumerarios_624x351_spl.jpg
20. Obtenida en : http://1.bp.blogspot.com/-3GlwXEEDC2s/VLPD_hYuUI/AAAAAAAAAQg/MeSj6JJJoNtQ/s1600/1023-%2Bpolimastia.jpg
21. Obtenida en :
<https://multimedia.elsevier.es/PublicationsMultimediaV1/item/multimedia/S169540330872068X:gr1.jpeg?xkr=ue/lmdikolMrsJoerZ+w9/qVHBXBqbSQ7FNUvNof+6+l4v03CmyaR9Rm+q8TRfDEWsyUxC+/l77m2OPaU677zQ7deAf/woYDKwD/p7U9fL5PyU82eyhhR2jQjhRzOTJ1G7r/EdiXg4ffUNdSNfHGIpDJ4HVIQaUjLtxANC6obu896SLbyLS2suJ3EwjnNAASaycuBLwgzgo0k+iYXAIHpCSoBPhDs33tJxijkz2u>



[Qt4vpylD4bk2LdQKukiEtc5osmFY/WGudOsuiGR2aR0Xy0IIPqoNlz
RSauT20P/Zay4=](http://www.scielo.org.bo/img/revistas/rmcmlp/v18n1/a10_figura_07.jpg)

22. Obtenida en:
http://www.scielo.org.bo/img/revistas/rmcmlp/v18n1/a10_figura_07.jpg
23. De la Flor J, Bras J. Pediatría en atención primaria. 1era ed. Majadahonda, Madrid: Editorial Ergón. 2018. Pp.317-320
24. Araujo HB, Martín L, Rodríguez DG, Lara N, Hernández I. Lactancia Materna. Comportamiento según algunos factores de interés epidemiológico en menores de un año de Yara Norte. 2013-2014. Rev.Méd. Granma 2015; 19, vol. 6. 1-22
25. Ortega ME. Recomendaciones para una lactancia materna exitosa. Rev. Acta PediatrMex 2015; 2,vol. 36 126-129
26. Obtenida en
[:https://i.pinimg.com/originals/da/82/96/da82961c59383bad1452ad692600afde.jpg](https://i.pinimg.com/originals/da/82/96/da82961c59383bad1452ad692600afde.jpg)
27. Obtenida en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/images/recomendacione_slm5.jpg
28. Obtenida en: <https://cuidadoinfantil.com/wp-content/uploads/2009/05/como-amamantar-sentada-805x510.jpg>
29. Obtenida en:<http://mmedia.eluniversal.com/17750/1118.jpg>
30. Obtenida en:<http://lactanciamaterna.aeped.es/wp-content/uploads/2016/09/tecnica-rugby.jpg>
31. Obtenida en:https://i.blogs.es/3d339d/istock-483327692/1366_2000.jpg
32. Obtenida en: <http://albalactanciamaterna.org/wp-content/uploads/amamantar-postura-caballito.jpg>
33. Paredes E, Trujillo LA, Chávez MA, Romero A, León D, Muñoz G. Conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2018; 26, vol.4 239-247



34. Aguilar MJ, Baena, Sánchez AM, Guisado R, Hermoso E, Mur N. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. Rev. SciELO Nutr. Hosp 2016; 2, vol. 33
35. Arroyo LM. El calostro: Un buen inicio en la vida. Rev. Perinatología y Reproducción Humana 2010; 4, vol. 24 219-220
36. Brunser O. Avances en el conocimiento de las proteínas de la leche materna. Rev. Chilena de pediatría 2018; 2 vol., 89
37. Obtenida en: <https://i.pinimg.com/originals/61/0c/85/610c850063f42d56b5589d8d7081d8ec.png>
38. Aguilar F. Alimentación y deglución. Aspectos relacionados con el desarrollo normal. Rev. Plasticidad y Restauración Neurológica 2005; 1-2 vol. 4 49-57
39. Aguilar E, Pérez ML, Martín ML, Romero AA. Rehabilitación de las alteraciones en la succión y deglución en recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales. Rev. SciELO Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2018; 1 vol. 75
40. Obtenida en: <https://www.youtube.com/watch?v=gqVNWmMbRgg>
41. Obtenida en : <https://4.bp.blogspot.com/-Thz3UHdR7AE/V8rpB9m03FI/AAAAAAAAADc/kmlyHo7h7bEppSJCohGOTJ7OX20b4kDowCLcB/s1600/descarga.jpg>
42. Rendón ME, Serrano GJ. Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes. Rev. SciELO Bol. Med. Hosp. Infant. Mex 2011; 4 vol.68
43. Chuhuacura P, Álvarez G, Florencia M, Arias A, Dias FJ, Fuentes R. Patrones de Deglución y Metodología de Evaluación. Una Revisión de la Literatura. Rev. SciELO International Journal of Odontostomatology 2018; 4 vol.12
44. Obtenida en: <http://www.scielo.org.mx/img/revistas/bmim/v68n4/a11f1.jpg>
45. Acuña P, Luna M, Luna G. Braverman A, Iglesias J, Bernárdez I. Terapia miofuncional para mejorar eficiencia en la succión en recién



- nacidos pretérmino. Rev. ELSEVIER Perinatología y Reproducción Humana 2018; 10
46. Santos D, Mai Q, Véliz OL, Grau R, Hurtado L. Maduración de la deglución en niños de dos a cinco años y sus hábitos alimenticios. Rev. SciELO Medicentro Electrónica 2016; 2 vol. 20
47. Martínez A, Sánchez JG, Esparza MJ. Cuando amamantar duele. Rev. SciELO Pediatría Atención Primaria 2017; 26 vol. 19
48. Redondo D, Fraile P, Segura R, Villena G, Rodríguez Z, Boix L, Postigo F. Abordaje de las dificultades más frecuentes en la lactancia materna. FAME 2016. <https://www.federacion-matronas.org/noticias-fame/abordaje-de-las-dificultades-mas-frecuentes-en-lactancia-materna/>
49. López E. Terapia Miofuncional en el Bebé prematuro y recién nacido. El blog de InterActúa 2018. <https://blogdeinteractua.wordpress.com/2018/01/22/terapia-miofuncional-en-el-bebe-prematuro-y-recien-nacido/>
50. Hallado en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=disfagia-90-P05097>
51. Ponce M, Garrigues V, Ortiz V, Ponce J. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. Rev. ELSEVIER Gastroenterología Y Hepatología 2007; 8 vol. 30 487-497
52. Del Castillo M. Terapia miofuncional y alimentación en niños con síndrome de Down. Fundación AFIM 14-19 <http://www.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/5e70339a8c15388236d9034da606b2765fdcd6f3.pdf>
53. Chicurel N, Guerrero C, Robles MS. Manejo de los dientes natales y neonatales. Reporte de dos casos. Rev. ADM 2016; 2 vol. 73 92-95
54. Podestá MC, Arellano C. Tratamiento de úlcera de Riga-Fede en un bebé con antecedente de reacción adversa por uso de benzocaína. DENTAL TRIBUNE Hispanic & Latin America.



http://odontobebeperu.org.pe/images/pdf/dientes_natales_y_metahemoglobinemia.pdf

55. Orte EM, Alba L, Serrano B. La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matronas Prof.* 2017; 3 vol.18 50-57
56. Mena J, González I, Venegas T, González V, Medina S. Epidemiología descriptiva de hendiduras labiopalatinas en la Clínica de Labio y Paladar Hendididos de Morelia, Michoacán, México (1989-2012) y su comparación con algunas poblaciones internacionales. *Cir. Plást. Ibero-latinoam* 2017; 1 vol. 43 41-45
57. Obtenida en : <http://albalactanciamaterna.org/wp-content/uploads/EJERCICIOS-FISIOTERAPIA-DE-LA-SUCCION.jpg>
58. Fragoso JA. Estomatología del recién nacido. Instituto Nacional de Perinatología: México; 1992. Pp. 55-65
59. Obtenida en: <https://www.acclam.org.mx/>