

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA SALUD MATERNO INFANTIL**



**“TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA EN SITUACIONES
ESPECIALES RELACIONADAS AL NEONATO/A. AÑO 2022”**

PRESENTADA POR:

KAREN GUADALUPE ZETINO CABRERA

DOCENTE ASESORA:

LICDA. SILVIA MERCEDES MARTÍNEZ GÓMEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA "DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA", EL SALVADOR, MAYO 2023

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Msc. Roger Armando Arias

RECTOR

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga

VICERRECTOR ACADÉMICO

Ing. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Ing. Francisco Antonio Alarcón

SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

MsC. Josefina Sibrián de Rodríguez

DECANA

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

MsC. Aura Marina Miranda de Arce

SECRETARIA

MsC. José Eduardo Zepeda Avelino

DIRECTOR DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

MsC. Rocío Elena Linares de Trujillo

DIRECTORA DE CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a la directora de esta carrera la maestra Rocío Elena Linares por la dedicación y apoyo que ha brindado a todas y todos los estudiantes de la Licenciatura en Salud Materno Infantil.

A la Licda. Silvia Martínez, agradezco todos sus comentarios y observaciones a lo largo no solo de la elaboración del presente trabajo de graduación, también agradezco sus constantes observaciones durante la formación académica que he tenido ya que ha sido mi docente desde el primer módulo de la carrera.

Por sus consejos que siempre fueron muy útiles a la hora de brindar una atención de calidad en las primeras infancias, agradezco a usted Licda. Karen Domínguez, su enseñanza, su paciencia, su capacidad de transmitir amor en sus atenciones permitiendo que una de las prácticas clínicas más satisfactorias fueran las rotaciones que realice con usted.

Licda. Suley Rosa, usted formó parte importante de esta historia ayudándome a crecer con sus aportes profesionales, se volvió una inspiración con todos sus conocimientos y agradezco profundamente que los compartiera tanto conmigo como con mis compañeras. Muchas gracias por su enseñanza y su paciencia.

De igual manera agradezco a todo el cuerpo docente que me acompañó durante mi formación profesional, a todas las Licenciadas/os en Salud Materno Infantil, las Licenciadas en Psicología y al cuerpo de Médicos tanto Ginecólogos como Pediatras y Neonatología que, con su papel de docentes, su dedicación y esfuerzo facilitaron un aprendizaje completo sobre las diferentes ramas en las que se desempeña una Profesional de esta carrera, tanto para mí como para el resto de mis compañeras y compañero. Sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes mis docentes, les debo una gran parte de los conocimientos adquiridos, donde quiera que vaya, los llevaré conmigo en todo mi camino profesional.

Gracias a mis compañeras y amigas, que siempre han sido un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión, volviendo tan amenos los momentos más difíciles.

Gracias a mi familia, a mis padres y a mi hermana, ustedes han sido el motor que me ha impulsado a seguir y no renunciar por más difícil que sea la situación, quienes estuvieron pendiente de mí y que mi salud no se deteriorara en este trayecto, gracias por apoyarme a estudiar esta hermosa carrera, que hoy en día con seguridad puedo decir que agradezco haber estudiado, agradezco que me ayudaran a estudiar algo que amo y que con toda seguridad me quiero dedicar. Mi título es suyo y les agradezco por creer y estar siempre para mí.

Sin su apoyo, la finalización de mis estudios no sería posible.

A todos, muchas gracias.

CONTENIDO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.....	ii
AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA	iii
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPÍTULO I: LACTANCIA MATERNA	1
1.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	2
1.1.1. BENEFICIOS EN EL LACTANTE:	2
1.1.2. BENEFICIOS PARA LA MADRE:.....	4
1.1.3. BENEFICIOS PARA LA FAMILIA:.....	5
1.1.4. BENEFICIOS PARA LA SOCIEDAD	5
1.2. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	6
1.3. INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA	7
1.4. TÉCNICA DE AGARRE.....	8
1.5. POSICIONES PARA AMANTAR	8
1.6. TECNICAS DE EXTRACCIÓN DE LECHE.....	10
CAPÍTULO II: SITUACIONES ESPECIALES DE AMAMANTAMIENTO	13
2.1. RELACTACIÓN.....	13
2.1.1. INDICACIONES PARA LA RELACTACIÓN	13
2.1.2. BASES FISIOLÓGICAS DE LA LACTANCIA DE LAS QUE DEPENDE LA RELACTACIÓN	15
2.2. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO/A CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA: LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO	19

2.3. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO/A PREMATURO/A Y CON BAJO PESO. ...	23
2.4. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO/A CON SÍNDROME DE DOWN	29
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES	34
FUENTES DE INFORMACIÓN	35
ANEXOS	41
ANEXO 1: FORMATO DE FICHAS DE TRABAJO	42

RESUMEN

La Lactancia Materna se entiende como un proceso por el cual el lactante adquiere los nutrientes necesarios, y en los primeros 6 meses esta debe ser de forma exclusiva con el fin de lograr la mejor nutrición del lactante la cual debe brindarse a libre demanda.

Los beneficios que se puedan obtener al brindar lactancia materna abarcan tanto al lactante como a la madre que amamanta, la familia y la sociedad en la que esta se desenvuelve, entre estos: para el bebé menos riesgo de sufrir infecciones, como diarrea, bronquitis o neumonía, la otitis; menor riesgo de padecer cáncer de mama para las madres que lactan; evitar gastos en pajas, biberones, reducción en las tasas de mortalidad infantil y desnutrición ayudando al desarrollo de la sociedad.

Una de las razones por las que hay una discontinuación de la lactancia materna o no se brinda desde las primeras horas de nacimiento es la presencia de patologías en el recién nacido/a que provoquen su hospitalización. Sin embargo, el proporcionar la lactancia materna es posible, realizando las técnicas adecuadas según la patología que esté presente. Entre estas técnicas destacan:

- Uso de un relactador, el cual se puede utilizar en todos cuando la lactancia materna se interrumpa o se retrasa, también se puede utilizar cuando se necesite que el/la neonato/a se familiarice con el pecho.
- La extracción manual de la leche materna, esta permite brindar leche materna al neonato, el medio por el cual se brinde va a depender del estado de salud del neonato, este sea por medio de un vaso, jeringa, o una paja especial las cuales son utilizadas en los casos de neonatos con Paladar Hendido o Labio Leporino.

Palabras clave: Lactancia Materna, Neonato, Síndrome de Down, Prematurez, Labio Leporino, Succión.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el alimento idóneo para todos/as los/as lactantes durante los primeros 6 meses de vida, esta tiene la capacidad de adaptarse a las necesidades del niño o niña conforme va creciendo, además de contener todos los nutrientes que este necesita para un adecuado crecimiento y desarrollo.

Múltiples investigaciones han demostrado que los/as niños/as que son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses, tienen menor probabilidad de padecer enfermedades e infecciones como las otitis o infecciones de las vías áreas superiores o inferiores, con un aumento de peso adecuado, menor incidencia de enfermedades gastrointestinales tanto a corto como largo plazo y con la prevención de enfermedades tales como la obesidad.

Una de las funciones vitales en los recién nacidos/as es la alimentación, mecanismo que se lleva a cabo mediante la correcta succión y deglución, así como el de la respiración coordinada, que hacen posible el/la neonato/A se alimente de forma adecuada, sin embargo, la alimentación significa un reto importante cuando el lactante presenta una patología que pueda llegar a complicar la lactancia materna como lo puede ser: Prematurez, Bajo Peso, Malformaciones congénitas como Síndrome de Down, Labio Leporino y Paladar Hendido.

El establecimiento de la lactancia materna depende de un proceso de adaptación y aprendizaje que tengan el lactante y su madre. Las primeras experiencias orales del bebé son de fundamental importancia para el desarrollo posterior de la lactancia, el lograr una correcta alimentación no va a depender únicamente del bebé, existen otros factores que pueden influir como la disposición de la madre y aprender la técnica correcta para brindar lactancia materna a su bebé, el apoyo familiar y social que la madre reciba en torno al proceso de la lactancia, de ahí que sea un éxito o represente problemas para la vida del menor.

Existen muchos casos en los cuales los recién nacidos/as presentan problemas de salud que pueden llegar a dificultar la lactancia materna, entre ellos tenemos el labio leporino y paladar hendido en el cual la principal complicación es la dificultad que presenta el/la neonato/a para coordinar la succión, la respiración y el poder tragar la leche que este ingiere y lograr un sello hermético necesario.

Otra de las principales complicaciones que presentan los/as neonatos/as de El Salvador es la Prematurez y el bajo peso, donde la complicación principal se basa en la inmadurez física y neurológica que pueden llegar a presentar, la cual va a depender de la edad gestacional y del grado de bajo peso que estos presenten. El Síndrome de Down siendo una de las principales malformaciones congénitas, que se presentan tanto en El Salvador como a nivel mundial, donde la dificultad de la alimentación recae en la falta de desarrollo neurológico que alguno de los/as niños/as con este síndrome padecen y la macroglosia, la cual es una de las principales características físicas que logran evidenciarse en una persona con Síndrome de Down.

Previo a la elaboración de esta monografía, se elaboró un plan de investigación en el cual se planteó la problemática basándose en que una de las funciones vitales en los/as recién nacidos/as es la alimentación, mecanismo que se lleva a cabo mediante la correcta succión y deglución, así como el de la respiración coordinada, que hacen posible que el/la neonato/a se alimente de forma adecuada. Sin embargo, en ocasiones encontramos usuarios/as que por sus características físicas, síndromes que presenten como fisura labio-alvéolo-palatina o neurológicas que están condicionando una lactancia materna difícil, por lo que es importante establecer un protocolo de atención, así como la reintegración de las funciones para la alimentación posterior con diversas técnicas como el uso de sondas, jeringas y otros dispositivos e ir adaptando la técnica según la evolución del neonato, y asegurar una lactancia materna exitosa, por lo que surgió la pregunta: ¿Cuáles son las técnicas que se deben realizar para asegurar la lactancia materna en situaciones espaciales relacionadas al neonato/a?

Como objetivo general planteado en el plan de investigación se tuvo “Establecer las diferentes técnicas que existen para asegurar una lactancia materna exitosa en situaciones espaciales relacionadas al neonato/a.” y para desarrollar los específicos se tomaron en cuenta 3 patologías

que puede presentar un neonato al nacer y que pueden dificultar la lactancia materna, las cuales son Labio Leporino y Paladar Hendido, Prematurez y Bajo peso al nacer, Síndrome de Down. Para tener un adecuado entendimiento de la terminología a utilizar en la investigación de la temática se tomó en cuenta un marco conceptual que incluía conceptos básicos que se presentarían a lo largo de la investigación entre estos:

- **Relactación:** Se define como el restablecimiento de la producción de leche materna por parte de una mujer que ha interrumpido el amamantamiento, o también como el reinicio o incremento de la producción de leche cuando esta ha disminuido o cesado completamente.
- **Succión nutritiva:** Es el proceso mediante el cual el lactante obtiene los nutrientes para su crecimiento y desarrollo adecuados.
- **Succión no nutritiva:** Se utiliza durante la alimentación por sonda y en la transición de la alimentación por sonda a la alimentación por pecho/biberón en los bebés prematuros para mejorar el desarrollo de la conducta de succión y la digestión de la alimentación enteral.

Uno de los apartados más importantes retomados en dicho plan son las variables y los indicadores, en este se planteó como variable: Técnicas para asegurar lactancia materna exitosa en situaciones relacionadas al neonato/a y en consecuente sus dimensiones respondían a los objetivos específicos siendo estas:

- Técnicas de alimentación con lactancia materna en neonato/a con paladar hendido y labio leporino.
- Técnicas de alimentación con lactancia materna en neonatos/as prematuros/as y con bajo peso al nacer.
- Técnicas de alimentación con lactancia materna en neonato/a con Síndrome Down.

Conforme a la metodología se estableció que la investigación es de tipo documental, ya que esta se realiza con base en revisión de documentos, manuales, revistas, periódicos, actas científicas, conclusiones y seminarios, y/o cualquier tipo de publicación considerado como fuente de información.

CAPÍTULO I: LACTANCIA MATERNA

La Lactancia Materna se entiende como un proceso alimenticio por el cual el lactante adquiere los nutrientes necesarios y en los primeros 6 meses esta debe ser de forma exclusiva con el fin de lograr la mejor nutrición del lactante la cual debe brindarse a libre demanda, es decir ofrecer el pecho al lactante siempre que este lo pida. Además, se considera la mejor opción para alimentar a recién nacidos/as prematuros/as de cualquier edad gestacional y está asociada con una menor incidencia de infecciones, con un aumento de peso adecuado y con la prevención de enfermedades tales como la obesidad.

Según un comunicado realizado por UNICEF el 29 de julio del 2016 a nivel mundial solo el 43% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva por ello la Organización Mundial de la Salud en los objetivos del desarrollo sostenible planteados para el 2025 unos de sus principales puntos en torno a la salud, es lograr una lactancia materna exclusiva en el 50%. (1)

En El Salvador durante el año 2015 la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi) llevó a cabo una investigación la cual buscaba puntuar a los diferentes países centroamericanos sobre el estado de la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante niño pequeño”, en esta se evidenció El Salvador con una puntuación total de 105/150 puntos. Entre los indicadores con menor puntuaciones se encuentra el porcentaje de recién nacidos/as que recibieron lactancia exclusiva de 0 a 6 meses con un porcentaje de 47%. (2)

1.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Los beneficios que se puedan obtener al brindar lactancia materna abarcan no solo al lactante, de igual forma existen múltiples beneficios que puede recibir tanto la madre que amamanta como la familia y la sociedad en la que esta se desenvuelve.

1.1.1. BENEFICIOS EN EL LACTANTE:

- La leche materna es el alimento natural que produce la madre exclusivamente para los requerimientos nutricionales del recién nacido/a, los cuales van a variar según edad, peso, y estado de salud y tiene la capacidad de adaptarse a las necesidades alimenticias del lactante. Los requerimientos nutricionales de un lactante aparentemente sano son los siguientes: (20)

REQUERIMIENTOS	CANTIDAD	CALIDAD
Hídricos	135-150 mL/kg/día (hasta 6 meses) 90-130 mL/kg/día	AGUA
Energéticos	115 Kcal/kg/día (de 0-2 meses) 105 Kcal/kg/día (de 2-6 meses) 100 Kcal/kg/día (de 9-12) 90 Kcal/kg/día (a los 18 meses)	GLUCIDOS LIPIDOS
Proteicos	2.-2.5 g/kg/día (hasta 6 meses) 1.5 -2 g/kg/día (hasta 12 meses) 1.5-1 g/kg/día (hasta 18 meses)	PROTEINAS de alto valor biológico por su contenido en AAE
Lipidicos	2.3 g/kg/día o 4-6 g/100 Kcal	Importancia de los AGE y colesterol
Minerales	2-3 mEq/kg/día de Na, K y Cl, Ca, P, Mg, Cu, Zn, Fe, I, Mn,...	
Vitamínicos	Liposolubles: A,D,E Hidrosolubles: C, B1, B2, B6, B12, niacina...	

Manejo Nutricional en el Primer Año de Vida. 2015.

- Todo lactante que es alimentado con leche materna tiene menos riesgo de sufrir infecciones, como diarrea, catarros, bronquitis o neumonía (disminuye 3 veces el riesgo de muerte por infecciones respiratorias); la otitis o inflamación del oído. Gracias a su riqueza en inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima, citoquinas y otros numerosos factores inmunológicos, como leucocitos maternos, que proporcionan inmunidad activa y promueven el desarrollo de la inmunocompetencia. En el caso del calostro este protege contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido por absorción intestinal de inmunoglobulinas; además, contiene 2000 a 4000 linfocitos/mm³ y altas concentraciones de

lisozima. 7,8 por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio. Recientemente se ha encontrado una reducción del 46%, 27%, y 30% en enfermedades gastrointestinales, infecciones de vías respiratorias superiores y el número total de infecciones respectivamente, en administración de leche materna con una cepa de *Lactobacillus* por 6 meses. (21)

- El sistema inmunológico del bebé completa su desarrollo al año después del nacimiento, por lo cual es importante la inmunidad pasiva que este recibe por parte de la leche de la madre, retrasando la aparición de alergias, asma o enfermedades crónicas del intestino. Existen anticuerpos en la leche materna que están presentes en la madre todo el tiempo que la madre amamanta a su bebé. A través de estos anticuerpos, la madre puede pasar algo de protección contra las enfermedades infecciosas que ella haya tenido en el pasado, y las que tiene mientras está dando pecho.
- Previene las anomalías dentarias y maxilofaciales, ya que la succión del pezón y parte de laaréola no es igual a la del biberón. Según la investigación “Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares” el amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación, debido a que cada músculo está preparado al principio para una sencilla función (amamantarse) y luego va madurando para cumplir correctamente con funciones más complejas (masticación). Los movimientos de estos músculos, aunque limitados fisiológicamente en el recién nacido, van a madurar el sistema muscular por medio de la lactancia natural o alimentación a pecho, que es la única forma que permite que se produzcan los estímulos necesarios en el humano para el completo desarrollo dental y maxilar. Cualquier otro tipo de alimentación que no sea la natural, tendrá el riesgo de producir una lesión de crecimiento y desarrollo en el área dento-facial. La chupa del biberón por ser más gruesa y larga que el pezón desplaza a la lengua al piso de la boca y no permite el roce fisiológico con el paladar duro. La mandíbula permanece en una posición distal y no logra realizar eficazmente los movimientos de avance y retroceso completamente, a diferencia de lo que ocurre durante el amamantamiento, que si logra realizar los movimientos adecuada y eficazmente para alcanzar su desarrollo fisiológico. (22)

- Refuerza el vínculo afectivo entre la madre y el hijo. El vínculo que se establece durante el amamantamiento no sólo le da cariño al bebé, también le va creando sentimientos de seguridad que se traducirá a medida que crece en una mayor confianza en sí mismo. (3)

1.1.2. BENEFICIOS PARA LA MADRE:

- La recuperación después del parto es más rápida en aquellas mujeres que dan de mamar a sus hijos/as, por la oxitocina, que es la hormona que se produce en el cerebro de la madre, como respuesta a la succión del pezón y parte de laaréola, contrae el útero por lo tanto disminuye la pérdida de sangre, y ésta dura menos días.
- Existen estudios que demuestran que las mujeres que brindan lactancia materna tienen un menor riesgo de padecer cáncer de mama en comparación con aquellas que nunca brindan lactancia. La lactancia materna reduce el riesgo de sufrir cáncer de mama, según el Código Europeo Contra el Cáncer. Esta reducción es de un 4% por cada 12 meses acumulativos, es decir, la suma de periodos en que una mujer ha amamantado a un bebé. La principal causa de este beneficio se debe a que al producir leche constantemente limita la capacidad de las células mamarias de actuar de manera anormal existiendo una disminución de los niveles de estrógenos por la falta de ciclos menstruales durante los primeros 6 meses postparto y los 9 meses del embarazo. (23)
- Funciona como un método anticonceptivo natural por los primeros 6 meses después del parto, siempre y cuando sea una lactancia materna exclusiva. La succión efectuada por el lactante inhibe la producción de las hormonas que se requieren para la ovulación. (24)
- Durante la lactancia la mujer consume más calorías, lo que la ayuda a recuperar su peso habitual más rápido.

- Desde el punto de vista psicológico la experiencia de amamantar le permite a la madre compartir con el/la hijo/a momentos de placer y bienestar, haciendo que sea más intenso el vínculo afectivo con su bebé.
- Previene la depresión post parto, ya que la hormona de la oxitocina se libera durante la lactancia materna y numerosos estudios han descubierto que la oxitocina promueve la crianza y la relajación, combatiendo así los sentimientos de depresión.
- Un estudio reciente descubrió que las mujeres que amamantaron durante más de 13 meses tuvieron un 63 por ciento menos de probabilidades de desarrollar un tumor ovárico comparado con las mujeres que amamantaron durante menos de siete meses. La lactancia materna retrasa la ovulación y los investigadores creen que cuantas más ovulaciones ocurran, mayor será el riesgo de mutación celular, lo que puede aumentar el riesgo de cáncer de ovario.
(4)

1.1.3. BENEFICIOS PARA LA FAMILIA:

- La lactancia materna influye de forma positiva en la economía familiar, no gastarán en pajas, biberones, latas de leche.
- Alimenta al bebé en cualquier momento, ya que siempre se encuentra disponible y al alcance de cualquier economía.
- Disminuye los gastos de atención de salud del bebé, ya que el niño/a es menos propenso a enfermarse.
- Ahorra tiempo en la preparación de fórmula, el lavado y la esterilización de biberones. (5)

1.1.4. BENEFICIOS PARA LA SOCIEDAD:

- La lactancia materna se asocia igualmente a la reducción en las tasas de mortalidad infantil y desnutrición. El inicio temprano de esta práctica protege a los niños y a las niñas. Según la

Organización Mundial de la Salud (OMS), una lactancia materna óptima permite salvar la vida de más de 820,000 menores de 5 años todos los años.

- Los beneficios que tiene esta actividad en la salud de la madre y su bebé se ven reflejados a largo plazo en la reducción de costos sanitarios y beneficios económicos, tanto para las familias como para los países. (6)

1.2. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Se refiere a lactancia materna exclusiva (LME) todos aquellos casos en los que se alimenta al neonato/a exclusivamente con leche materna, es decir, no se brinda ningún otro alimento ni líquido, incluyendo en estos el agua, durante los primeros 6 meses posterior al nacimiento, con la única excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos en aquellos casos que sean estrictamente necesarios para el/la lactante.

Para obtener mejores beneficios en la salud del recién nacido/a se recomienda iniciar la lactancia en la primera hora de vida y continuar con esta a libre demanda, es decir, cada que el bebé lo pida, sin colocar algún tipo de horario que pueda restringir las tomas.

Existen múltiples beneficios de la lactancia materna exclusiva, entre ellos:

- La leche materna se considera una de las primeras vacunas que recibe el recién nacido/a, ya que por medio de esta obtiene múltiples defensas inmunológicas que están presentes en la primera leche conocida como calostro.
- Ayuda a prevenir enfermedades gastrointestinales, ya que se adapta a la capacidad estomacal del recién nacido/a y tiene todos los componentes nutricionales necesarios para el/la recién nacido/a en sus primeros días de vida.

- Al brindar lactancia materna en la primera hora de vida favorece la producción de leche materna y al mantener tomas constantes, cada que el bebé lo pida, se disminuye la probabilidad de presentar una congestión mamaria.

1.3. INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

Justo después del parto si la salud de la madre y el recién nacido/a lo permiten, es importante que el recién nacido/a sea colocado encima de su madre, en estrecho contacto piel con piel y permitirles a ambos mantener dicho contacto, sin interrupciones ni interferencias, al menos hasta que el bebé haya hecho la primera toma de pecho, e idealmente durante todo el tiempo que madre a hijo/a deseen.

El/la recién nacido/a tienen unas capacidades innatas que, si le dejamos, pone en marcha al nacimiento. Puesto boca abajo sobre el abdomen de su madre, gracias a sus sentidos y a sus reflejos, es capaz de llegar por sí sólo al pecho materno. Irá reptando hasta él, lo olerá, lo tocará con las manos y posteriormente con la boca y finalmente, será capaz de agarrarse al pecho espontáneamente, con la boca totalmente abierta, abarcando el pezón y gran parte de la aréola.

El contacto piel con piel no sólo es importante para una buena instauración de la lactancia, sino que ayuda al recién nacido/a a adaptarse mejor a la vida extrauterina y a establecer un vínculo afectivo con su madre. Por todo ello, el contacto precoz se debe fomentar en todos los/as recién nacidos/as independientemente del tipo de alimentación que vayan a recibir posteriormente. (7)

Durante la estancia hospitalaria lo ideal para lograr establecer la lactancia materna exclusiva es el alojamiento conjunto, este tiene múltiples beneficios como:

- La madre descansa mejor al tener a su bebé cerca y tener contacto con el/ella todo el tiempo.
- El/la recién nacido/a se encuentra tranquilo/a debido a que se siente en un ambiente familiar al estar contacto piel a piel con su madre, siendo ella el ambiente familiar que es capaz de

reconocer, además de satisfacer sus necesidades nutricionales, de contacto, calor, cariño y seguridad.

- El alojamiento conjunto también favorece que el personal sanitario pueda ofrecer un apoyo a la madre más constante y eficaz.

En todos aquellos casos en los que el recién nacido/a se encuentre estable de salud, se brinda el alta y se continua con los controles en la unidad de salud más cercana, donde se debe asegurar que se brinde lactancia materna al lactante.

1.4. TÉCNICA DE AGARRE

Un buen agarre es una de las bases principales para lograr una lactancia materna exclusiva exitosa en todos aquellos casos donde este sea posible, para asegurar que el/la recién nacido/a está logrando un buen agarre de la mama, existen 6 pasos que se pueden verificar y corregir con el fin de lograr una mejor mamada y evitar que heridas en los pezones:

1. Bebé con la boca bien abierta
2. Labios evertidos
3. La barbilla y la nariz del bebé tocan el pecho, sobre todo la barbilla.
4. Debe coger el pezón y buena parte de la areola.
5. Oreja, hombro y cadera en línea: no debe tener la cabeza rotada para alcanzar el pecho.
6. Barriga con barriga. (8)



*Agarre Correcto en la Lactancia Materna.
Dinámica en Fisioterapia. 7 de agosto de*

1.5. POSICIONES PARA AMANTAR

- **Posición sentada:**

La posición sentada suele ser más cómoda con la elevación de los pies en una banqueta, también un poco recostada, en posición de crianza biológica, en caso de episiotomía, ya que al dejar esa zona fuera de la silla se alivian mucho las molestias.

Se debe colocar al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. De esta manera la madre puede sujetarlo con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo. Con la otra mano puede dirigir el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre acercarlo con suavidad al pecho para que pueda agarrar un buen pedazo de aréola. Es la posición más utilizada pasados los primeros días, cuando la madre tiene más movilidad y seguridad con el bebé.



- **Posición acostada:**

En esta posición, la madre se sitúa acostada de lado, con la cabeza ligeramente elevada (sobre una almohada) con el bebé también de lado, acostado sobre la cama, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. La madre puede acercarlo al pecho empujándolo por la espalda, con suavidad, cuando abra la boca, para facilitar el agarre.



Es una posición muy cómoda para las tomas nocturnas y los primeros días, aunque suele ser más incómoda y menos eficaz que la posición de crianza biológica.

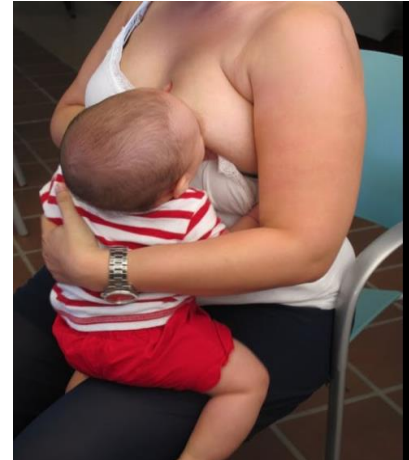
- **Posición invertida o balón de rugby:**

En esta posición se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es una posición muy cómoda para amamantar a gemelos y a prematuros. Es importante dar sujeción al cuello y a los hombros del bebé, pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello estirado para atrás (deflexionado) lo que le permite agarrar mejor el pecho y tragar más cómodamente.



- **Posición de caballito:**

Estando la madre sentada, el bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre y con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura puede ayudar en casos de grietas y en bebés con reflujo gastroesofágico importante, prematuros, con labio leporino o fisura palatina, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo a la vez que se sujeta la barbilla del bebé. (6)



1.6. TECNICAS DE EXTRACCIÓN DE LECHE

Para poder extraer la leche materna existen dos técnicas que se pueden utilizar las cuales son:

Técnica de extracción manual:

El masaje y la extracción manual de la leche materna permiten extraer la leche del pecho mediante un masaje. La extracción manual es sencilla y requiere poco equipo.

Los pasos a seguir son:

- Lavarse las manos.
- Darse masaje en el pecho con ambas manos, deslizándolas de la zona externa del pecho hacia el pezón.
- Tomar el círculo oscuro (aréola) con el pulgar arriba y con uno o dos dedos abajo. Empuje hacia la pared torácica. Después, apretar suavemente mientras hace rodar los dedos hacia el pezón (pero no en el pezón).
- Gire los dedos ligeramente alrededor de la aréola y repita el masaje para drenar todo el pecho.

- Recoger la leche en un recipiente limpio, el cual debe estar previamente esterilizado de vidrio y que este tenga tapadera de rosca y de plástico, otra opción es almacenarla en las bolsas para almacenar leche materna que se encuentran en las farmacias.
- Refrigerar o congelar la leche si no la va a usar de inmediato, en el caso que vaya a usarse en el transcurso del día puede dejarla en el refrigerador ya que puede almacenarse en esta zona hasta 12 horas después de la extracción, caso contrario puede guardarse en congelador hasta 15 días y calentarse con baño de agua maría.



(25)

Técnica de extracción mecánica:

La extracción mecánica, con ayuda de un sacaleches, es la otra opción con la que cuentan las madres para vaciar su pecho. Estos instrumentos están especialmente diseñados para drenar el pecho y estimular la producción de la leche mediante la imitación del ritmo natural de succión del bebé.

El uso y los resultados de la extracción mecánica difieren según el tipo de sacaleches que se utilice. La madre deberá elegir uno u otro en función de sus necesidades y del empleo que tenga intención de darle. Los extractores de leche más frecuentes son los siguientes:

- *Extractores manuales:* son los extractores que activan de forma manual el mecanismo de succión, ya sea con ayuda de una pera o bocina de goma o de una palanca. Pueden ser igual de eficaces que los eléctricos y son mucho más económicos.



- *Extractor eléctricos:* funcionan con pilas o enchufados a la red eléctrica y no requieren, por tanto, del esfuerzo físico de la madre. Su precio es más elevado, pero muchas madres los prefieren porque les resultan más rápidos y cómodos. Se pueden adquirir individuales (para un solo pecho) o dobles, para extraer la leche de los dos senos a la vez.



Los pasos a realizar para una extracción mecánica son:

- La extracción debe ser realizada cumpliendo las condiciones de higiene básicas, un lugar limpio, cerrado, en silencio.
- Debe recoger y cubrirse su cabello con gorro o pañuelo
- Debe lavar sus manos y antebrazos con agua y jabón, inmediatamente antes de cada extracción.
- Secar las manos con toallas limpias.
- El aseo de las mamas debe de realizarse únicamente con agua y una gasa del centro a la periferia en movimiento circular.
- Colocar la boquilla del aparato de forma que el pezón quede en el centro de este, para asegurar un adecuado uso del extractor.
- Cuando se esté realizando la extracción, debe evitar hablar o de preferencia utilizar una mascarilla o pañuelo para cubrir su boca y nariz, esto evitará que gotitas de saliva puedan contaminar la leche extraída.
- Las diferentes recolecciones de un día pueden ser almacenadas en un mismo envase y guardadas en el interior del congelador.
- Al terminar la extracción la leche se debe pasar con mucho cuidado de no contaminar a recipientes adecuados para su almacenamiento y congelarse.

CAPÍTULO II: SITUACIONES ESPECIALES DE AMAMANTAMIENTO

2.1. RELACTACIÓN

En Colombia durante el 2020 se realizó una investigación la cual tenía por objetivo identificar las causas de abandono de la lactancia materna y los factores de éxito para la relactación en madres con hijos/as. Esta reveló que el 79% de los niños/as que no habían recibido lactancia materna estaban hospitalizados/as, el 52% presentó bajo peso al nacer y el 24% presentó muy bajo peso al nacer. Siendo la principal causa de discontinuación o abandono a la lactancia patologías presentadas por los recién nacidos/as. (9)

Al presentar un porcentaje de lactancia materna exclusiva en El Salvador de 47% en 2014 (31), según la encuesta de salud del MICS (Indicadores Múltiples por Conglomerados), es importante considerar cuales son algunas de las causas que puedan provocar que un lactante no reciba lactancia materna, en muchas ocasiones se tiene una discontinuación de alimentación con pecho lo que provoca una falta de estimulación y en consecuencia una disminución de la producción de la lactancia materna, en estos casos la opción más factible es llevar a cabo el proceso de la relactación, la cual se define como el restablecimiento de la producción de leche materna por parte de una mujer que ha interrumpido el amamantamiento, o también como el reinicio o incremento de la producción de leche cuando esta ha disminuido o cesado completamente.

2.1.1. INDICACIONES PARA LA RELACTACIÓN

Continuará habiendo ocasiones en las que la atención rutinaria no resultó efectiva, y la lactancia fue interrumpida o mal dirigida; o en las que una mujer no puede amamantar a su hijo porque está enferma o no está presente, y la salud de su hijo está en situación de riesgo por una alimentación artificial inadecuada. En estas situaciones, la relactación y la lactancia inducida son importantes opciones. Además de conocer cómo ayudar al amamantamiento, el personal de salud que atiende a madres y niños también debería estar familiarizado con las técnicas para

ayudar a las madres a relactar, de manera que puedan ponerse en práctica cuando surja la necesidad.

En varias circunstancias puede surgir la necesidad de considerar la posibilidad de relactación o de lactancia inducida:

- Para el manejo de algunos lactantes enfermos, tales como aquellos menores de 6 meses de edad con diarrea aguda o persistente, aquellos que han detenido su amamantamiento antes o durante una enfermedad, y aquellos que han sido alimentados artificialmente pero no toleran las leches artificiales.
- Para los lactantes que tuvieron bajo peso al nacer, y a quienes fue imposible amamantar de forma eficaz en las primeras semanas de la vida y requirieron alimentación por gravedad o con taza.
- Para los lactantes con problemas de alimentación, particularmente aquellos menores de 6 meses, cuyas madres tuvieron dificultades para establecer la lactancia o cuya producción de leche ha disminuido significativamente como resultado de una mala técnica o manejo inadecuado.
- Para los lactantes que han sido separados de sus madres, por ejemplo, porque ellos o sus madres requirieron hospitalización.
- En situaciones de emergencia, para los niños que están desamparados; aquellos que fueron alimentados artificialmente antes de la emergencia; y aquellos cuyo amamantamiento ha sido interrumpido.
- En situaciones individuales, por ejemplo, cuando una madre que eligió alimentar artificialmente a su niño cambia su manera de pensar o, en el caso de adopción, para mejorar el vínculo afectivo madre-hijo tanto como para aprovechar otras ventajas de la lactancia. (29)

2.1.2. BASES FISIOLÓGICAS DE LA LACTANCIA DE LAS QUE DEPENDE LA RELACTACIÓN

Se han llevado a cabo muy pocas investigaciones específicamente de la fisiología de la relactación en la especie humana. Sin embargo, los métodos empíricos que se han mostrado efectivos están en concordancia con los bien establecidos principios fisiológicos de la lactancia.

La producción de una cantidad de leche materna suficiente para alimentar a un niño/a requiere:

- Crecimiento de los alvéolos secretorios en el tejido glandular de la mama.
- Secreción de leche por las células de los alvéolos secretores.
- Retiro de la leche por el niño o por extracción.

Las hormonas juegan un papel fundamental en todos estos procesos. La prolactina y la oxitocina son las hormonas encargadas de la producción de leche materna. La secreción de Prolactina (PRL) depende de la succión. Cada vez que el lactante succiona, se produce una elevación gradual de los niveles circulantes de PRL, esta elevación se detecta rápidamente, pocos minutos después de iniciada la succión, la PRL continúa elevándose por 30 o 40 minutos y se mantiene más alta que el nivel basal por 1 a 2 horas después de la succión. La secreción de PRL tiene un ritmo circadiano, es decir, los niveles cambian a lo largo de las 24 horas del día.

Los niveles basales son más altos en la noche que en el día y también la elevación de PRL en respuesta a la succión es más importante durante la noche. Además, la elevación de PRL después de la succión en la noche se presenta más allá del primer año postparto, cuando la respuesta a la succión durante el día es mucho menor. Por eso es importante que se mantengan los episodios de succión en la noche si se desea tener una lactancia prolongada.

La leche puede ser extraída por la succión de un niño/a o mediante extracción manual o mecánica. De manera que la succión y la extracción de la leche, las cuales incrementan los

niveles de prolactina y el retiro de la leche, son las claves para la estimulación de la producción de leche tanto para la relactación como para la lactancia inducida. (29)

La oxitocina es la hormona encargada de la eyección de la leche porque induce la contracción de las fibras musculares que rodean al alvéolo. En un episodio de succión, primero se secreta la leche que estaba almacenada y luego la que se empezó a producir en esa succión. La liberación de oxitocina respondería a dos mecanismos: la succión y la dilatación de los ductos. Otros estímulos también pueden liberar oxitocina, lo que explica por qué la mujer puede eyectar leche en otras condiciones (llanto del niño/a, imágenes visuales, recuerdos, estímulos viscerales, olfatorios, etc.). (28)

La estimulación provocada por la succión frecuente, en presencia de hormonas que preparen la glándula mamaria, puede inducir crecimiento mamario y lactogénesis en muchas especies, incluida la humana. La succión puede estimular la liberación de oxitocina y PRL y desencadenar los procesos necesarios para el establecimiento y mantención de la lactancia (27) .

En algunos casos se puede utilizar fármacos con efecto galactogogo, estos se indican por cortos periodos de tiempo siempre debe realizarse con indicación médica, entre los medicamentos que se usan están: el sulpiride, la metoclopramida y la domperidona. Estos se utilizan para tratar diversas patologías, pero tienen en común el producir una disminución en la producción de dopamina, un neurotransmisor que está presente en diversas áreas del cerebro y que mantiene inhibida la prolactina. (28)

De este modo, aún las mujeres que no han estado embarazadas pueden secretar leche. Por eso es posible que se establezca la lactancia en madres adoptivas, que quieren tener un vínculo especial con el niño/a través del amamantamiento mediante la lactancia inducida. (27)

En unos estudios retrospectivos realizados por Auerbach y Avery (1980; 1981) y Auerbach (1981) citados por Hormann y Savaje (1998) como los mayores realizados hasta el momento, se analizaron cuatro grupos de madres utilizando el método recuerdo:

- 174 mujeres que relactaron después de haber realizado el destete demasiado temprano.

- 117 mujeres que buscaron la relactación en sus bebés con bajo peso al nacer.
- 75 mujeres que volvieron a restablecer la lactancia materna después de que ellas y sus bebés hubieran estado hospitalizados/as.
- 240 mujeres que desearon amamantar a un hijo/a adoptado/a: 83 de las mujeres nunca se habían quedado embarazadas, 55 nunca lactaron aun habiendo estado embarazadas y 102 habían lactado con anterioridad.

De estos estudios se extrajeron una serie de conclusiones (Auerbach, 1981) que se agruparon en varios apartados:

- **Para la preparación para la relactación/lactancia inducida:**

A veces se suplementó la dieta materna con un incremento en la cantidad proteica, pero la mayoría de las mujeres tuvieron suficiente con una dieta equilibrada. Las diferentes técnicas para la estimulación del pezón estaban dirigidas a aumentar la cantidad del flujo de leche o para iniciar su producción, para ello se utilizaban extractores de leche mecánicos o manuales, resultando más efectiva la extracción manual a través de masajes en el pecho y pezón o mediante su fricción.

- **Respuesta materna a la relactación/lactación inducida:**

En cuanto a la respuesta materna ante estos procesos, las participantes mencionaron cambios físicos a nivel de las mamas, pezón, cambios menstruales y producción de leche. Estos cambios menstruales fueron más notorios en las mujeres que relactaron, siendo menores en las madres adoptivas, además, las madres con hijos/as con bajo peso al nacer notaron que al inicio de la menstruación disminuía su producción de leche.

Con respecto a los bebés, se demostró que una edad menor de 3 meses a la hora de iniciar la lactancia favorecía el éxito en su establecimiento. El peso de los recién nacidos/as de bajo peso afectaba a la hora de que estos aceptaran su colocación al pecho, y este peso podía estar influenciado por los diferentes métodos de alimentación que habían recibido durante su estancia en las unidades de cuidados intensivos, pudiendo perjudicar la temprana introducción de las

tetinas y la alimentación por biberón en el rechazo a succionar el pecho. Por otra parte, las madres adoptivas tenían más facilidad en amamantar a sus hijos/as si estas ya habían lactado previamente.

- **Parámetros de éxito:**

Vienen determinados por varios factores. En muchas ocasiones el esfuerzo de la madre para desarrollar estos procesos es medido por el criterio de no haber suplementado a su bebé, solo un 2% del estudio de las madres adoptivas consiguió realizarlo. Las madres adoptivas eran las que menos podían prescindir de la suplementación durante el primer mes de amamantamiento.

De este modo, la mayoría de las participantes se sintieron beneficiadas con la suplementación, sobre todo si no era administrada desde biberones. Suplementador de lactancia Lact-ai cuentagotas o cucharas fueron las técnicas de suplementación que mejor resultado dieron en la mayor parte de las participantes.

Por último, otro parámetro importante es cómo estas mujeres evaluaron esta experiencia: tres cuartas partes la catalogaron positivamente, y para aquellas que lo hicieron de manera negativa o ambivalente se observó que estaban menos comprometidas con el hecho de amamantar y más preocupadas por la cantidad de leche producida.

Auerbach finaliza explicando que independiente del motivo por el que se decide sumergirse en estos procesos (bajo peso al nacer de los recién nacidos y su temporal separación por hospitalización o un destete prematuro), la mayoría de las madres lo viven como una relación indistinguible que se crea gracias al amamantamiento y el cual disfrutan en todo el mundo millones de mujeres. (30)

2.2. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO/A CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA: LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

Las posibilidades de lograr que un neonato/a sea amamantado/a depende de diversas circunstancias:

- El tipo y el grado de la patología y su impacto en la dificultad de alimentación a corto y largo plazo.
- La motivación y perseverancia que tenga la madre.
- El apoyo familiar y social que la madre reciba.

El neonato/a con labio leporino y paladar hendido, presenta un reto de alimentación para madres/padres y los/as profesionales de la salud. estas anomalías orales y faciales pueden interrumpir el proceso de alimentación y poner el bebé en riesgo de retraso del crecimiento y de la respiración en algunas ocasiones.

Estos tienen el potencial de afectar adversamente la capacidad de alimentación, especialmente en el/la recién nacido/a. La familia de un lactante con una anomalía oro-facial puede encontrarse no solo con los problemas orofaciales que rodean el nacimiento de un neonato/a con defecto congénito, además con el problema de la alimentación. El crecimiento del bebé es a menudo pobre, sumándose a la tensión de la familia al darle de comer. (32)

Labio Leporino: Los labios se forman entre las semanas 4 y 7 del embarazo. Durante el desarrollo del bebé en el embarazo, los tejidos de su cuerpo y unas células especiales a cada lado de la cabeza crecen hacia el centro y se unen para formar su cara. La unión de estos tejidos forma los rasgos faciales como los labios y la boca.

El labio leporino se produce cuando el tejido que forma los labios no se une completamente antes del nacimiento. Esto ocasiona una abertura en el labio superior. La abertura puede ser una hendidura pequeña o una hendidura grande que atraviesa el labio y llega hasta la nariz. Las hendiduras pueden producirse en un lado del labio, en ambos lados o en la parte central, lo que es muy poco usual.

Paladar Hendido: El paladar se forma entre las semanas 6 y 9 del embarazo. El paladar hendido se produce cuando el tejido que forma el paladar no se une completamente durante el embarazo. En algunos bebés, tanto la parte de adelante como la parte de atrás del paladar quedan abiertas.
(10)

Los niños/as con labio leporino también pueden tener el paladar hendido. La mayoría de los niños/as con Labio Leporino, tengan o no paladar hendido pueden llegar a presentar serios problemas para lograr alimentarse, lo cual presenta repercusiones en su nutrición desde sus primeros días de vida.

TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN DEL NEONATO/A CON LABIO LEPORINO.

En los casos en los que el/la neonato/a tiene únicamente labio leporino, lograr establecer la lactancia materna resulta menos complicado con la madre, ya que se busca que el pecho cubra el espacio del defecto y así lograr el sello hermético que es necesario para una adecuada succión de la leche.

Las recomendaciones que se brindan para adaptar la técnica de lactancia en caso de un recién nacido/a únicamente con labio leporino son las siguientes:

- La madre debe hacer que el labio leporino apunte hacia la parte superior del seno. Esto le dejará ver mejor qué tan bien llena el tejido del seno el hueco que crea la hendidura.
- Posteriormente debe usar el pulgar o el índice para tapar la hendidura durante el amamantamiento. Esto puede brindar apoyo a las mejillas del bebé y reducir el hueco que crea la hendidura, que a la vez mejora el sello del pezón.

TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN DEL NEONATO/A CON PALADAR HENDIDO Y LABIO LEPORINO.

Los bebés con paladar hendido pueden tener patrones de succión (maneras en que mueven la boca y la mandíbula durante la alimentación) ineficientes. Al tener una comunicación orificio bucal y nasal, o en aquellos casos en los que la lesión es bilateral, provocará problemas en lograr la succión, en deglutir la leche y a la vez lograr realizar sus respiraciones.

Durante la estancia hospitalaria en la mayoría de las ocasiones la alimentación se realiza por medio de la técnica conocida como Gavaje la cual consiste en la administración de leche con jeringa, a través de una sonda gástrica, utilizando la fuerza de gravedad para su infusión. Es una alternativa de alimentación que permite incluir a la familia durante la misma y se convierte en una muy buena oportunidad de incluir a los padres en el cuidado.

TECNICA DE ALIMENTACION DEL NEONATO/A CON PALADAR HENDIDO

En aquellos casos en los que el recién nacido/a tenga únicamente Paladar Hendido, la factibilidad de la lactancia dependerá del grado de la hendidura:

- Durante las comidas, debe sostener al bebé en posición vertical, o semi-vertical. Esto ayuda a que la leche fluya hacia la garganta.
- Provocar eructos constantes mientras brinda el pecho. Los bebés con hendiduras tienden a tragar más aire que otros bebés, por lo que necesitan también eructar más.
- La madre debe tratar de ser paciente, y recibir un constante apoyo por parte de su familia ya que con el tiempo y la práctica logrará establecer la forma correcta para alimentar a su bebe. (11)

Para brindar el alta a un lactante con paladar hendido y labio leporino se busca que la madre sea capaz de alimentar por su propia cuenta a su bebé y asegurar así la lactancia materna, recordando que los/as recién nacidos/as con labio leporino y paladar hendido son susceptibles a infecciones tales como otitis, o infecciones respiratorias debido a una comunicación abierta entre la cavidad oral y nasal de los alimentos y las secreciones orales en las proximidades de las trompas de

Eustaquio, para ello la lactancia funciona como una forma para prevenir estas infecciones o la recurrencia de ellas.

En los casos en que se logra eliminar el gavage a la madre y familia se le debe explicar la siguiente técnica:

- La madre debe probar diferentes posiciones cómodas que le permitan al bebé mantenerse en posición vertical o semi-vertical durante la alimentación. Por ejemplo, sentando al bebé sobre la pierna del mismo lado del seno del que planea alimentarlo. También puede probar la posición de balón de fútbol americano modificada.
- Existen casos en los que la lactancia con pecho no es posible. Se deben alimentar con leche extraída (bombeada) después de cada sesión de amamantamiento. Esto se debe a que a los bebés con paladar hendido se les dificulta producir la succión suficiente durante el amamantamiento, se recomienda el uso de biberones especiales para lactantes con paladar hendido y labio leporino los cuales usará dependiendo el grado del defecto congénito. (11)

Existes una prótesis llamada obturador que se ajusta en el paladar hendido y sirve para ocluir la hendidura. No son útiles para niños con hendiduras en paladar blando. Al restaurar la división entre las cavidades nasal y oral, se favorece la alimentación y el habla.

Los obturadores presentan controversias, particularmente en lo relativo a la alimentación temprana. En teoría, la oclusión de la hendidura debería permitir el desarrollo de la succión intraoral, sin embargo, no en todos los casos se logra. Al extender el obturador 2-3 mm por detrás del paladar duro, la lengua puede comunicarse con el dispositivo, el cierre de la cavidad oral y la presión. Incluso con este diseño, sin embargo, los bebés en periodo de lactancia todavía requieren de suplementos para la ingesta adecuada, además que debe irse realizando



*Ortopedia prequirúrgica en pacientes recién nacidos con labio y paladar hendido.
Elsevier.es*

prótesis nuevas conforme se da el crecimiento del neonato/a. Aunque los obturadores no pueden permitir o no permiten el vacío plenamente durante la alimentación, se puede ayudar al niño/a a comprimir el pezón. (32)

Algunas de las recomendaciones que se deben brindar a las madres de niños/as con Labio Leporino y Paladar hendido son:

- Estimular la producción láctea ya sea por masajes o por extracción manual o con extractores de leche materna.
- Siempre que vaya a alimentar al lactante, colocarlo en la posición de caballito para ayudarlo y evitar que la leche se dirija a su cavidad nasal.
- Tratar de introducir constantemente el pecho profundamente para lograr tapar el defecto de la mejor forma con este y facilitar la succión y el agarre del lactante.
- Realizar ejercicios de succión con el lactante, colocando la mano de la madre alrededor de la mandíbula del niño/a y realizando pequeños movimientos de arriba abajo, con el tiempo y la práctica el lactante será capaz de mejorar en su succión y agarre. (12)

2.3. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO/A PREMATURO/A Y CON BAJO PESO.

PREMATURUEZ.

La Organización Mundial de la Salud define como prematuros/as a los/as neonatos/as vivos/as que nacen antes de la semana 37 a partir del primer día del último período menstrual. La mayor parte de la morbimortalidad afecta a los/as recién nacidos/as “muy prematuro”, cuya edad gestacional es inferior a 32 semanas y especialmente a los/as “prematuros extremos” que son los/as nacidos/as antes de la semana 28 de edad gestacional.

La dificultad de conocer inequívocamente la edad gestacional justificó el uso del peso al nacimiento como parámetro de referencia, para clasificar al neonato/a como “bajo peso al nacimiento” el inferior a 2.500 gr. y los subgrupos de “muy bajo peso al nacimiento” a los de peso inferior a 1500 gr. y de “extremado bajo peso” al inferior a 1000 gr.(14)

De acuerdo con la OMS los/as recién nacidos/as prematuros/as se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

- Prematuros extremos (<28 semanas)
- Muy prematuros (28 a <32 semanas)
- Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)

De acuerdo con el peso la OMS los clasifica como:

- Recién nacido pretérmino con peso bajo al nacer < 2500 g
- Recién nacido pretérmino con peso muy bajo al nacer < 1500 g
- Recién nacido pretérmino con peso extremadamente bajo al nacer < 1000 g (14)

Algunos factores asociados son la existencia de partos pretérminos previos, la situación socioeconómica desfavorable de la madre y el tabaquismo materno. La gestación múltiple espontánea o inducida, aumenta las tasas de prematuridad y representan aproximadamente una cuarta parte de los/as pretérmino.

Uno de los riesgos más grandes con los prematuros/as es que son susceptibles a diversas enfermedades como anemia, acidosis metabólicas, enterocolitis necrosante, atresias duodenales, hipotensión arterial precoz es más frecuente cuanto menor es el peso.

RECIÉN NACIDO/A CON BAJO PESO AL NACER

El bajo peso al nacimiento (BPN) es un problema de salud pública mundial, que impacta en gran medida sobre la mortalidad neonatal e infantil en menores de un año, particularmente en el período neonatal.

Entre los múltiples factores asociados al BPN se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales. (15)

Los recién nacidos/as con bajo peso al nacer tienen su categorización la cual comprende:

Bajo peso: menor de 2,500 gr

Muy bajo peso: menor de 1,500 gr

Extremo bajo peso: menor de 1,000 gr

TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN NEONATOS/AS PREMATUROS/AS Y DE BAJO PESO AL NACER.

La alimentación ideal de los bebés prematuros y de los recién nacidos con bajo peso es la leche materna, la cual tiene como característica la adaptación a las necesidades especiales del bebé. El calostro, que tiene muchas proteínas y anticuerpos, es muy necesario para el y la bebé prematura. A medida que pasan los días, la composición de la leche sigue cambiando, adaptándose al bebé.

La alimentación va a depender de algunos factores como el grado de prematurez que esté presente, su estado de salud, y la disponibilidad y paciencia de la madre y su familia en cuanto a la alimentación del recién nacido/a.

Dar precozmente al prematuro(a) leche materna tiene numerosas ventajas bien estudiadas:

- Contribuye a la maduración de su aparato digestivo.
- Es más fácil de digerir.
- Le ayuda a eliminar la bilirrubina.
- Le aporta importantes cantidades de anticuerpos.
- Puede evitar que desarrolle una grave enfermedad llamada enterocolitis necrotizante.

Las tomas orales deberían comenzar tan pronto como el estado del bebé lo permita y esté/a las tolere, sin embargo, hasta que esto pase el recién nacido/a prematuro/a que soporte la vía enteral es alimentado con diferentes técnicas de alimentación.

La recomendación esencial es que la madre se extraiga la leche desde un inicio para mantener la estimulación necesaria para la producción de leche y que esta sea brindada a su bebé.

Algunas de las técnicas que se pueden utilizar son:

- **La alimentación por sonda.**

Se emplea en los casos en los que el bebé aún no es capaz de tragar o de coordinar los actos de tragar y respirar, o bien si se cansa con facilidad y no ingiere suficiente leche. Mientras el personal de salud coloca la sonda y preparan la jeringa o el gotero, la madre puede permitir al bebé que succione su pecho o realizar ejercicios de estimulación del reflejo de succión para ayudar al recién nacido/a a desarrollar una adecuada succión a partir de las 28 a 32 semanas por edad corregida.

En cuanto el bebé dé muestras de estar listo para iniciar la alimentación oral (lactancia natural, o bien mediante taza, cuchara, jeringa o gotero), se comenzará por procurarle alimento por esta vía una o dos veces al día, dado que la mayoría de la leche se le seguirá administrando por sonda. Paulatinamente se irán reduciendo la toma mediante sonda y ésta se retirará cuando el bebé sea capaz de efectuar tres tomas consecutivas de leche materna mediante jeringa.

- **Extracción directa de la leche a la boca del recién nacido/a.**

La leche materna puede extraerse y verterse directamente en la boca del bebé, si bien es preciso que la madre se familiarice primero con el procedimiento de extracción manual la cual se hará mediante la consejería que se brinde y la práctica con esta técnica. En los casos en los que las madres no brindaron lactancia desde un inicio o tienen una producción escasa de leche materna, debe motivarse a continuar extrayéndose, brindar la leche materna que ella brinda y complementar en los mejor de los casos con leche materna pasteurizada.

- **Ejercicios de estimulación de la succión.**

Los ejercicios intraorales o también conocidos como nutrición no nutritiva, aunque no son una técnica de alimentación como total, su función es ayudar al bebé prematuro/a o recién nacido/a

con bajo peso para que desarrolle el reflejo de la succión y con la práctica sea capaz de realizar una succión nutritiva.

Este se debe empezar a realizar desde el momento en el cual el prematuro/a o el bebé con bajo peso llegue entre las 28 a 32 semanas por edad corregida (17). Su práctica ayuda a reducir el estrés y dolor en los neonatos/as hospitalizados/as, promueve la ganancia de peso en prematuros/as, favorece la maduración y crecimiento gastrointestinal y permite una transición más rápida de la sonda nasogástrica a la alimentación oral completa.

Para lograr una buena técnica de succión no nutritiva (16), es necesario seguir los siguientes pasos:

1. Realizar un adecuado lavado de manos.
2. Sobre paladar, masajear suavemente siguiendo la configuración del paladar hacia un lado y hacia otro.
3. Masajear suavemente sobre lengua hacia un lado y hacia otro.
4. En línea media sobre lengua colocar el dedo índice y activar reflejo de succión con movimientos de extensión y retracción del dedo.
5. Con dedo índice masajear suavemente carrillos hacia fuera.

En el caso de los/as prematuros/as o con bajo peso al nacer los ejercicios deben realizarse como máximo por 5 minutos previo a la toma por la sonda orogástrica o nasogástrica con el fin de ir mejorando la capacidad del neonato/a de succión de leche y medir la cantidad de leche que digiere.

También puede realizarse el ejercicio si la madre tiene producción de leche mínima o no la tenga. Debe colocarse poco a poco el pecho al neonato/a para que se familiarice con el tamaño, la forma, textura y olores de éste, además ello favorece la estimulación de la producción de leche en la madre.

- **Alimentación mediante vaso o jeringa:**

Una vez la leche se ha extraído manualmente del seno materno, hay que medir con una taza o jeringa la cantidad de leche que se va a administrar y verterla directamente en la boca del bebé con una cucharita, una jeringa o un gotero. Una vez que el (la) bebé ha tragado la cantidad que se le ofrece, se le volverá a dar un poco más. Se debe tener presente la limpieza adecuada de cualquiera de estos artículos.

- **Uso de un relactador:**

Se indica que puede funcionar en todos aquellos casos en los que la lactancia materna se interrumpa o se retrasa por hospitalización de los bebés o de las madres, o cuando los bebés fueron prematuros/as, con bajo peso al nacer o estuvieron demasiado enfermos para tolerar la ingesta oral, este consiste en:

1. Usar una sonda nasogástrica fina, o un tubo de plástico de diámetro muy pequeño y una taza para poner la leche.
2. Cortar un pequeño orificio en la parte lateral de la sonda o tubo, cerca de la parte que va dentro de la boca del bebé (además del orificio que se encuentra en la punta).
3. Preparar una taza de leche materna que contenga la cantidad que el bebé necesita para una comida.
4. Colocar un extremo del tubo adosado al pezón, de manera que el bebé succione el pecho y la sonda al mismo tiempo. Usar cinta adhesiva para sujetar la sonda al pecho.
5. Colocar el otro extremo del tubo en la taza de leche.
6. Hacer un nudo a la sonda si el diámetro es amplio o ponerle un “clip” o presionarla entre sus dedos. Esto controla el flujo de leche, de manera que el bebé no termina de alimentarse demasiado rápido.
7. Limpiar y esterilizar la sonda y la taza o frasco cada vez que la madre los use.

El uso de esta técnica le permite al neonato/a familiarizarse con la forma del pezón y la mama y adaptarse de mejor forma al pecho materno, además de mejorar la estimulación que la madre recibe al colocarse a su bebé en el pecho.

Una vez el lactante logre acostumbrarse al pecho materno, la madre puede quedarse exclusivamente brindando lactancia materna directamente desde su pecho, siempre haciendo uso de una posición correcta y asegurando que el bebé tenga un buen agarre y una buena succión.

2.4. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO/A CON SÍNDROME DE DOWN

SÍNDROME DE DOWN

Los/as bebés con síndrome de Down tienen una copia extra de uno de estos cromosomas: el cromosoma 21. El término médico de tener una copia extra de un cromosoma es 'trisomía'. Al síndrome de Down también se lo llama trisomía 21. Esta copia extra cambia la manera en que se desarrollan el cuerpo y el cerebro del bebé, lo que puede causarle tanto problemas mentales como físicos. (18)

Los/as niños/as y los/as adultos/as con síndrome de Down tienen un aspecto facial definido. Si bien no todas las personas con síndrome de Down tienen las mismas características, algunas de las más frecuentes son las siguientes:

- Rostro aplanado
- Cabeza pequeña
- Cuello corto
- Lengua protuberante (macroglosia)
- Párpados inclinados hacia arriba (fisuras palpebrales)
- Orejas pequeñas o de forma inusual
- Poco tono muscular
- Manos anchas y cortas con un solo pliegue en la palma
- Dedos de los manos relativamente cortos, y manos y pies pequeños
- Flexibilidad excesiva
- Pequeñas manchas blancas en la parte de color del ojo (iris) denominadas «manchas de Brushfield»
- Baja estatura

Los bebés con síndrome de Down pueden ser de estatura promedio, pero, por lo general, crecen más lentamente y son más bajos que los niños/as de la misma edad. (19)

En un estudio de 59 niños/as con síndrome de Down, la mitad no tuvo ninguna dificultad en establecer inicialmente la lactancia, 8 tardaron una semana en hacerlo y a 16 niños/as les llevó más de una semana.

La lactancia materna favorece el desarrollo normal del paladar, y la acción de amamantar ayuda al niño a darle tonicidad a la lengua, que ésta entre en la cavidad bucal. Facilitará la función de deglución y más adelante la articulación del lenguaje.

Por medio de la succión se activa el maxilar muchísimas veces al día, con el correspondiente uso de la mandíbula. Esto coopera en darle tonicidad a los músculos faciales, que también presentan hipotonía en estos niños, y mejorará la coordinación boca-lengua.

Los beneficios de la lactancia prolongada inciden en la función principal del desarrollo del maxilar. La postura de los labios al succionar hace que el labio superior, a veces más corto, se vaya desarrollando normalmente debido a la cantidad de movimientos diarios. A largo plazo, como dijimos, será un beneficio tanto al momento de comenzar a comer alimentos sólidos como para el habla.

La leche materna posee sustancias que actúan sobre la piel, su hidratación y flexibilidad. En el caso de los niños con Síndrome de Down, ayudará a atenuar la piel característica que suele ser más áspera.

TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN.

La lactancia materna puede resultar dificultosa pero posible y muy beneficiosa para el bebé y su entorno.

El contacto precoz y la lactancia en el período neonatal disminuyen el impacto negativo que el diagnóstico puede tener sobre su madre y padre. El sostén y el abrazo al amamantarlo le otorgará al bebé un estímulo tónico táctil y muscular que sumados a la mirada y a la interacción con su madre, son un efecto poderoso en la necesidad de estimulación del bebé.

La boca frecuentemente hipotónica y entreabierta con protrusión lingual o con macroglosia, logra en muchos casos mejorar su tono y un cierre perfecto por el esfuerzo repetido de la succión y puede ser estabilizada la mandíbula del niño/a con la posición de mano de bailarina. Así como estimular la succión mediante ejercicios intraorales. (12)

Al presentar una hipotonía labial el neonato/a al mamar, la leche cae por las comisuras labiales por mal cierre al rodear el pezón o la tetina por lo que se recomienda realizar la introducción del dedo del terapeuta entre sus labios hace que el niño responda cerrándolos en torno al dedo.

Cuando se presenta hipotonía lingual la dificultad en la alimentación consiste en la protrusión de la lengua y no tener fuerza en la succión por lo que se recomienda trabajar sobre el “punto de deglución”. Este punto se localiza en el suelo de la boca, tras la parte anterior del maxilar inferior y presionando sobre él, en dirección craneal y ventral, conseguiremos, en un primer momento, la retracción de la lengua y, si mantenemos la presión, el cierre de la boca (33)

La posición que se recomienda en estos casos para brindar lactancia materna desde el pecho es la posición invertida o balón rugby, permite sostener la cabeza del niño/a en la mano y verle mejor la cara para detectar si hay problemas de succión. En esta posición la madre tiene a su bebé de frente y su cuerpo reposa alrededor de su cuerpo, bajo su brazo. Al poder tomar su cabeza con la mano es más fácil guiarlo hacia el pecho y mantener la posición correcta durante toda la mamada.

Al igual que en el caso de los prematuros/as y recién nacidos/as con bajo peso al nacer, el establecimiento de ejercicios intraorales para la estimulación de la succión es una de las bases necesarias para lograr el establecimiento de la lactancia materna directa desde el pecho.

En el caso de los recién nacidos/as con síndrome de Down el tiempo máximo que se puede realizar este ejercicio es de 10 min siempre y cuando el bebé lo permita.

CONCLUSIONES

- La leche materna es el mejor alimento para él y la lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo/a y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura.
- Un buen agarre es una de las bases principales para lograr una lactancia materna exclusiva exitosa en todos aquellos casos donde este sea posible, y en los casos que esta se dificulta el establecimiento de una adecuada técnica de alimentación puede permitir que se brinde leche materna de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- La implementación de la relactación es una de principales técnicas a utilizar en todos aquellos casos en los cuales la lactancia materna por amamantamiento se ha interrumpido o también como el reinicio o incremento de la producción de leche cuando esta ha disminuido o cesado completamente, funcionando incluso en algunos casos en las madres adoptivas.
- El apoyo emocional que la mujer lactante reciba por parte de su familia, su entorno social y los y las profesionales en salud son vitales para un establecimiento exitoso de la lactancia materna en todos aquellos casos especiales relacionados al neonato/a en los que no se haya podido brindar pecho al nacimiento o si este es interrumpido por alguna patología que esté presente.
- Todo personal de salud que tenga contacto con el binomio madre e hijo/a debe tener conocimiento idóneo sobre las diferentes técnicas que existen de alimentación al neonato/a para lograr que este sea alimentado exclusivamente con leche materna y brindar dicha información tanto a la madre lactante como a las personas de su entorno social.

- Los/as neonatos con Paladar Hendido y Labio Leporino se recomienda hacer uso de la posición vertical para amamantar, además de provocar eructos después de cada comida e insistir constantemente en la introducción del pecho, en caso de no ser posible utilizar biberones especiales para paladar hendido.
- En el caso de los/as lactantes prematuros y con bajo peso al nacer se recomienda el uso de sondas orogástrica y para hacer la transición a pecho se recomienda el uso de relactadores y la extracción de leche materna ya sea de forma manual o mecánica, esto en conjunto de ejercicios orofaciales.
- Para todos los/as recién nacidos con Síndrome de Down se recomienda variación de la posición ya sea sentado o invertida dependiendo de los síntomas que presente entorno al síndrome, además de realizar ejercicios estimulantes.

RECOMENDACIONES

Al ministerio de Salud de El Salvador:

- Se debe brindar capacitaciones en los diferentes establecimientos de salud; tanto de primer, segundo y tercer nivel a los profesionales de salud que atienden a la primera infancia, a las mujeres gestantes y parturientas y que brindan consejería en el establecimiento para que estos sepan guiar a la familia cuando se presente una complicación en el/la neonato/a en su alimentación y puedan asegurar y apoyar una lactancia materna en el lactante.
- En todo establecimiento de salud esté presente un centro recolector de leche donde las madres o cuidadoras puedan asistir a recibir consejería sobre la lactancia materna, además pueden estimularse, recolectar y donar leche materna.

Al personal de salud que brinda la atención sanitaria a la primera infancia y brinda asistencia a los miembros de la familia:

- La información inexacta sobre la alimentación en lactantes con labio leporino y paladar hendido, pueden frustrar a las familias de bebés con anomalías orales y/o faciales y dar lugar a la percepción de falta de apoyo de asistencia o de atención sanitaria. Por esta razón, los profesionales en salud que trabajan con estos/as niños/as y sus familias necesitan disponer de información precisa sobre la gestión de las dificultades de alimentación en esta población con el fin de hacer un plan integral.

Alas entidades de educación involucradas en la acreditación y preparación del profesional en salud:

- Brindar a los y las estudiantes en salud temas sobre las complicaciones alimentarias que puedan presentar un neonato/a debido a patologías presentadas en el nacimiento, permitiéndole al estudiante identificar las técnicas que se puedan utilizar y este pueda guiar de la forma adecuada a los padres, madres o cuidadores del lactante.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Lactancia materna, clave para el desarrollo [Internet]. Unicef.org. 2019 [citado el 13 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/comunicados-prensa/lactancia-materna-la-clave-para-el-desarrollo-optimo-durante-la-primera-infancia>
2. Lactancia Materna IIST. El Salvador, 2015. Estado de la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante Pequeño” [Internet]. www.ibfan-alc.org. 2015 [citado el 13 de febrero de 2023]. Disponible en: http://www.ibfan-alc.org/WBTi/inf_2015/WBTi-El-Salvador-2015.pdf
3. Beneficios de la Lactancia Materna - Centro de Apoyo de Lactancia Materna [Internet]. org.sv. [citado el 13 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://calma.org.sv/beneficios-de-la-lactancia-materna/>
4. 6 Beneficios de la lactancia materna para la madre [Internet]. Acceso a la Red de Salud Comunitaria. [citado el 13 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.achn.net/es/acerca-de-access/que-hay-de-nuevo/recursos-para-la-salud/6-beneficios-de-la-lactancia-materna-para-la-madre/>
5. Beneficios de la Lactancia Materna – Ministerio de Salud Pública [Internet]. Gob.ec. [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/beneficios-de-la-lactancia-materna/>
6. La lactancia materna tiene múltiples beneficios para nuestra sociedad [Internet]. Universidad de Costa Rica. [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2018/08/03/la-lactancia-materna-tiene-multiples-beneficios-para-nuestra-sociedad.html>

7. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es. [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
8. Fisioterapia D. Agarre correcto en Lactancia materna [Internet]. Dinámica Fisioterapia. 2020 [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://www.dinamicafisioterapia.com/agarre-lactancia-materna/>
9. Giraldo Montoya DI, López Herrera FE, Quirós Jaramillo AM, Agudelo Gómez A, Sierra Cano SM, Agudelo Restrepo D. Breastfeeding abandonment causes and success factors in relactation. Aquichan [Internet]. 2020;20(3):1–10. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1130971/12447-manuscrito-original-64087-2-10-20200904.pdf>
10. CDC. Información sobre el labio leporino y el paladar hendidos [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2023 [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/cleftlip.html>
11. Intermountain Healthcare. La lactancia materna: Bebés con labio leporino o paladar hendido sin reparar [Internet]. Intermountainhealthcare.org. [citado el 13 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/Dcmnt?ncid=522579681#:~:text=Los%20beb%C3%A9s%20con%20paladar%20hendido%20deben%20alimentarse%20con%20leche%20extra%C3%ADda,\(pajita\)%20con%20un%20orificio](https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/Dcmnt?ncid=522579681#:~:text=Los%20beb%C3%A9s%20con%20paladar%20hendido%20deben%20alimentarse%20con%20leche%20extra%C3%ADda,(pajita)%20con%20un%20orificio)
12. Lactancia Materna en Situaciones Especiales [Internet]. Issuu. 2015 [citado el 13 de febrero de 2023]. Disponible en: https://issuu.com/vicentinor/docs/lactancia_materna_en_situaciones_es

13. Soria LRM. Alimentación enteral en neonatos [Internet]. Org.ar. [cited 2023 Feb 14]. Available from:
<https://www.fundasamin.org.ar/archivos/Alimentaci%C3%B3n%20enteral%20en%20neonatos.pdf>
14. Rocío D, Romero Pérez M, Pediátrica M, Saul DR, Valdez N. Universidad de El Salvador Facultad de Medicina Especialidades Médicas Informe Final de la Tesis de Graduación : Perfil Clínico y Epidemiológico del Recién Nacido Prematuro Con Patologías Medico-Quirúrgicas más Frecuentes y con Malformaciones Congénitas, Ingresados en la Unidad de Neonatología Del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en el Periodo Comprendido de Enero de 2016 a Diciembre 2016. Informe final de tesis de graduación presentado por [Internet]. Bvsalud.org. [cited 2023 Feb 14]. Available from:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151210/584-11106306.pdf>
15. Dra. Nora Inés Velázquez Quintana Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Infantil de Tamaulipas. Boletín médico del Hospital Infantil de México. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro [Internet]. Org.mx. [cited 2023 Feb 16]. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100010
16. Fisioterapia para reconducir disfunciones orales en la succión y deglución durante la lactancia materna [Internet]. Albalactanciamaterna.org. [cited 2023 Feb 16]. Available from: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/fisioterapia-para-reconducir-disfunciones-orales-en-la-succion-y-deglucion-durante-la-lactancia-materna/>
17. Investigación RS. Succión no nutritiva y estimulación oromotora en prematuros [Internet].
▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [cited 2023 Feb 16]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/succion-no-nutritiva-y-estimulacion-oromotora-en-prematuros/>

18. CDC. Información sobre el síndrome de Down [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2023 [cited 2023 Feb 16]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/downsyndrome.html>
19. Síndrome de Down [Internet]. MayoClinic.org. 2018 [cited 2023 Feb 16]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/down-syndrome/symptoms-causes/syc-20355977>
20. Nutrición. Recién nacido - Alimentación. Lactantes. [citado el 14 de marzo de 2023]; Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-alimentacion-lactantes/nutricion-recien-nacido>
21. García-López DR, Pediatra G, Presidente C, Norte D. Artículo de revisión Composición e inmunología de la leche humana [Internet]. Redalyc.org. [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640330006.pdf>
22. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares [Internet]. Actaodontologica.com. [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/art-2/>
23. Publicidad digital. Oncología. Lactancia Materna y Cáncer de #Mama [Internet]. HC Marbella. 2018 [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hcmarbella.com/es/oncologia-lactancia-materna-y-cancer-de-mama/>
24. Salvador EL, De A. Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción [Internet]. Gob.sv. [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/Lineamientos_tecnicos_para_la_provision_de_servicios_de_anticoncepcion.pdf

25. Extracción manual de la leche materna [Internet]. Cigna.com. [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/extraccin-manual-de-la-leche-materna-hw130340>
26. Gob.sv. [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_implementacion_bancos_de_leche_humana_v1.pdf
27. Casado MME. Fisiología de la lactancia [Internet]. icmer.org. [citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Posparto_y_lactancia/fisiologia_de_la_lac.pdf
28. García JM. Así se puede dar de mamar a un bebé sin haber parido [Internet]. La Vanguardia. 2019 [citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vivo/mamas-y-papas/20190702/463142883182/lactancia-inducida-dar-de-mamar-sin-haber-parido.html>
29. Organización Mundial de la Salud. Relactación : revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica / Elizabeth Hormann y Felicity Savage [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 1998 [citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68952>
30. Ávila RNP. Lactancia materna en situaciones especiales: relactación y lactancia inducida [Internet]. Uam.es. [cited 2023 Mar 15]. Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/674840/garcia_avila_paulatfg.pdf
31. Yris L, Ramos E, De M, Logros S, Materna L, El E, et al. Scalingupnutrition.org. [citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2019/02/Lactancia_materna_MINSAL_ElSalvador.pdf

32. Manejo de la alimentación de bebés con labio leporino, paladar hendido y micrognatia Elsevier.es. [citado el 15 de marzo de 2023]. Available from: <https://multimedia.elsevier.es/PublicationsMultimediaV1/item/multimedia/S2395921516300666:gr4.jpeg?xkr=ue/ImdikoIMrsJoerZ+w997EogCnBdOOD93cPFbanNd2Vt2E9KIXSbfPNY5VCUB4SK1ZXLkdHO+0FXwAV1P5DToxQ1YyZ9qnT7T71qbod/O/Cp4HfnjM2cLa7oqgvdi3h2FqD6hFsRbBogd5jt2VY2F5jo1BKfKh0o3Oqttmh73eND0USZiT/KnpX0oXkGnegHBTvyTxwYrnWK573fjlC0C8jk8f8wHjTaJB6GB6x7S0dW MJyhM+d/FoGi8OUvtq7Ym9o8tBFzVBqwgYMRZFbcbQUNhQBGG2U9yBAnIk6CjISi6J4AlWsBjaAMoo6VF6>
33. Guadalupe M, Moreno S. Formación en terapia orofacial para padres de niños con síndrome de Down y otras cromosomopatías [Internet]. Assido.org. [citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.assido.org/wp-content/uploads/2019/07/Formacion-en-Terapia-Orofacial-para-padres-SD.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: FORMATO DE FICHAS DE TRABAJO**FICHA ELECTRÓNICA**

Nº Ficha
Tema: Autor: Fuente: URL:
Cita:
Fecha de consulta:

FICHA BIBLIOGRÁFICA

Tema:
Autor: Titulo: Revista: Año:
Contenido:
URL:
Nº de Ficha:

FICHA RESUMEN

Tema:
Autor: Titulo: Año:
Resumen:
Nº de ficha