

Monoject technique as a breast milk supplementing device. Case report of an infant with Alveolar Cleft Lip.

Técnica Monoject como suplementador de leche materna. Reporte de caso de lactante con Fisura Labio Alveolar

 José Antonio Espinoza Mancera,^{1*}  Leonorlida Alvarez Noriega,¹  Adriana Reyes Aulis,¹
 Normal Elena Mendez Navarrete.¹

Abstract

We present the case of a one-year-old male patient, diagnosed with cleft lip alveolar, treated by the maxillary orthopedic service with lip approximation tape therapy and a dynacleft-type nasal elevator, while the parents received monitoring and cognitive behavioral therapy by the psychologist.

The patient was fed directly to the mother's womb after the second day of age and his growth evaluation was monitored by the Nutrition service before and after lip closure, which was performed at 4 months of age, obtaining z-score results of weight / height, weight / age, length / age, head circumference between 1 and -1 SD (according to WHO tables), with temporary indication of indirect breastfeeding for postoperative care.

At the time of returning to the mother's womb and continuing with the usual form of breastfeeding, immediate attachment was not possible, initiating a supplementation protocol with a 12 ml monoject 412 syringe, blunt tip, achieving direct breastfeeding successfully.

The monojet technique as a supplement is an option to return to the mother's womb a baby who must suspend or switch to indirect breastfeeding temporarily

Key words: Clef Lip Alveolar, Breastfeeding, Supplementation, Monoject Syringe, Nutrition.

Citation: Espinoza-Mancera J. A., Álvarez-Noriega L., Reyes-Aulis A., Méndez-Navarrete N. *Técnica Monoject como suplementador de leche materna. Reporte de caso de lactante con Fisura Labio Alveolar.* J Audiol Otolaryngol Phoniatr. 2019;1(2):pp 1-15

***Correspondencia:** José Antonio Espinoza Mancera. Centro Estatal de Atención para Labio y Paladar Hendido de Aguascalientes. Morelos, Desarrollo Especial Centro de Morelos, CP. 20298 Aguascalientes, México. Correo electrónico: antonioemancera@gmail.com

¹ Centro Estatal de Atención para Labio y Paladar Hendido de Aguascalientes, Aguascalientes, México

Recepción: 18 de marzo, 2020

Aceptación: 17 de septiembre, 2020



Resumen

Presentamos el caso de paciente masculino de un año, con diagnóstico de fisura labio alveolar, atendido por el servicio de ortopedia maxilar con terapia de cintas de aproximación labial y elevador nasal tipo dynacleft, en tanto que los padres recibieron acompañamiento y terapia cognitivo conductual por el psicólogo.

El paciente fue alimentado directo al seno materno después del segundo día de edad y su evaluación de crecimiento fue monitoreado por el servicio de Nutrición antes y después del cierre labial, el cual se realizó a los 4 meses de edad, obteniendo resultados de puntaje z de peso/talla, peso/edad, longitud/edad, perímetro cefálico entre 1 y -1 D.E. (según tablas de la OMS), con indicación temporal de lactancia materna indirecta por cuidados postquirúrgicos.

Al momento de regresar al seno materno y continuar con la forma de lactancia habitual, no se logró realizar el enganche inmediato, iniciando un protocolo de suplementación con jeringa monoject 412 de 12 ml, punta roma, logrando la lactancia directa al seno materno de forma exitosa.

La técnica monojet como suplementador es una opción para regresar al seno materno a un bebé que debe suspender o cambiar a lactancia materna indirecta de forma temporal.

Palabras clave: Fisura Labioalveolar, Lactancia Materna, Suplementador, Jeringa Monoject, Nutrición.

Resumen

Presentamos el caso de paciente masculino de un año, con diagnóstico de fisura labio alveolar, atendido por el servicio de ortopedia maxilar con terapia de cintas de aproximación labial y elevador nasal tipo dynacleft, en tanto que los padres recibieron acompañamiento y terapia cognitivo conductual por el psicólogo.

El paciente fue alimentado directo al seno materno después del segundo día de edad y su evaluación de crecimiento fue monitoreado por el servicio de Nutrición antes y después del cierre labial, el cual se realizó a los 4 meses de edad, obteniendo resultados de puntaje z de peso/talla, peso/edad, longitud/edad, perímetro cefálico

entre 1 y -1 D.E. (según tablas de la OMS), con indicación temporal de lactancia materna indirecta por cuidados postquirúrgicos.

Al momento de regresar al seno materno y continuar con la forma de lactancia habitual, no se logró realizar el enganche inmediato, iniciando un protocolo de suplementación con jeringa monoject 412 de 12 ml, punta roma, logrando la lactancia directa al seno materno de forma exitosa.

La técnica monojet como suplementador es una opción para regresar al seno materno a un bebé que debe suspender o cambiar a lactancia materna indirecta de forma temporal.

Introducción

Labio Paladar Hendido

El labio y paladar hendido (LPH) es un padecimiento que se encuentra entre las alteraciones congénitas más comunes que afectan las estructuras de la cara, involucra tejidos blandos y tejidos óseos del labio y paladar, ocasionando fisuras que comunican la cavidad oral con la nasal. En el caso de fisuras palatinas, es muy común que se presenten dificultades para la alimentación y respiración, problemas foniátricos, alteraciones en el desarrollo de los procesos alveolares y del crecimiento maxilar y mandibular, problemas de forma, número y erupción dental.⁽¹⁾

El labio hendido (LH) se define como una fisura entre la boca y nariz. El paladar hendido (PH) es una fisura en el paladar duro y/o blando entre las cavidades orales y nasales. Ambos defectos orofaciales tienen diferentes grados de severidad. Un LH puede abarcar desde una ligera parte del labio superior hasta una extensión que llega a la base nasal. Un PH varía en gravedad desde una abertura del paladar blando hasta una extensión del duro. Una fisura labio alveolar (FLA) involucra el labio y parte del reborde alveolar sin mayor extensión palatina.^(2,3)

En los lactantes con LH, LPH, PH o FLA, la disfunción del sellado o de la capacidad de coordinar los movimientos musculares para generar presión negativa, como con el paladar hendido, conduce a problemas de alimentación que pueden comprometer el crecimiento. Ante estas alteraciones anatómicas y estructurales es necesario en un gran número de casos, realizar un tratamiento de ortopedia maxilar. Este procedimiento consiste en redirigir y modelar el crecimiento de los segmentos fisurados, idealmente y si la condición general del paciente lo permite, desde los

primeros días de vida, en búsqueda de una mejora en la alineación de segmentos labio alveolo palatinos y nasales, según la extensión y diagnóstico de la fisura, mediante el uso de cintas, elásticos y placas intraorales.^(2,3)

Factores de riesgo y etiología

Si bien es cierto que hasta el momento no existe una causa definida que de origen a la manifestación de fisuras labio palatinas, numerosos estudios coinciden en que se trata de una entidad de origen multifactorial, haciendo referencia a varios factores de riesgo, tanto de origen genético como ambientales, lo que de alguna manera coincide con la teoría de la herencia poligénica o multifactorial, que plantea que las fisuras son el resultado de interacciones complejas entre un número variable de genes determinados por la predisposición genética, la herencia y los factores ambientales, definiendo causas endógenas (genéticas) y ambientales (exógenas). De esta manera se sustenta el impacto de la exposición a agentes teratógenos y toxicomanías durante la etapa de gestación y su interacción con la predisposición genética de la madre.^(4,5)

Otro factor predisponente es la edad extrema de la madre, refiriendo a madres mayores de 37 años y menores de 22 años como mayormente susceptibles a tener un hijo con este y otros defectos al nacimiento.⁽⁶⁾

Frecuencias de Fisura Labio Alveolar

Las fisuras labio alveolo palatinas han sido definidas como uno de los principales defectos al nacimiento, registrando para la población de origen caucásico, hispanos y latinos una incidencia

que va de 1:100 a 1:700 nacimientos vivos. Sin embargo, la frecuencia para poblaciones asiáticas se estima en 1:500 nacimientos y de 1:2,500 en poblaciones étnicas negras. El sexo masculino se encuentra afectado con mayor frecuencia en una relación de 3:2; solo en el caso de hendiduras palatinas aisladas se encuentra ligero predominio del sexo femenino.^(6,7)

En cuanto a la frecuencia de afección aislada de fisuras labiales, la literatura reporta datos muy variados, entre los que destaca lo reportado por el Dr. Mena en un estudio realizado en 800 casos, detectando el 22.5 % de fisuras labiales aisladas.⁽³⁾ En cuanto a lateralidad, el lado izquierdo es el de mayor predominio, siguiendo el derecho y con menor frecuencia las fisuras bilaterales.^(6,8)

Lactancia Materna

La lactancia Materna es una excelente estrategia de salud pública, por su impacto en el crecimiento y desarrollo de los lactantes, así como para la mejoría en casos morbilidad y disminución de riesgos de mortalidad.

La leche humana contiene factores nutritivos y no nutritivos altamente funcionales, su contenido de proteína es relativamente bajo y de alta biodisponibilidad y el contenido de minerales esenciales se encuentra en cantidad óptima, adecuándose perfectamente al sistema digestivo inmaduro del lactante.⁽⁹⁾

La leche materna humana proporciona factores inmunes, oligosacáridos que permiten asegurar el sano desarrollo del microbioma humano, hormonas reguladoras de apetito, células madre que hacen que éste único y extraordinario exudado sanguíneo sea la explicación de salud de un lactante hasta los 6 meses de edad.

Además de los factores que proporcionan inmunidad directa, los oligosacáridos proporcionan inmunidad indirecta por servir como sustratos benéficos para bacterias intestinales, estimulando la producción de inmunoglobulina A secretora.⁽⁹⁾

El Instituto de Medicina y la Academia Americana de Pediatría recomiendan que los bebés alimentados con leche materna exclusiva reciban 400 UI de vitamina D por día. Está bien establecido que la lactancia materna disminuye el riesgo de infecciones gastrointestinales, dermatitis atópica, infecciones respiratorias y otitis media. Los beneficios de la lactancia materna se extienden no sólo para el bebé, sino también para la madre, quien experimenta efectos inmediatos como la disminución del riesgo de hemorragia después del parto, reducción del estrés, retraso en la ovulación, menor riesgo de depresión y mayor pérdida de peso post parto.⁽⁹⁾

Es indiscutiblemente que la leche materna siempre será el mejor alimento de un lactante los primeros 6 meses de vida y posterior a ésto comenzar la alimentación complementaria continuando la lactancia materna mínimo hasta los 24 meses de edad o más si así lo decide el binomio.^(9,10)

Apego Inmediato

El apego inmediato después del parto aumenta el éxito de la primera mamada y conduce a la lactancia materna más eficaz brindando enormes efectos positivos en los parámetros fisiológicos del recién nacido. Promueve el aumento de la producción de leche en los primeros días de vida, la expulsión del meconio y una menor probabilidad de interrupción de la lactancia materna exclusiva.⁽¹¹⁾

Inicio de la lactancia materna en la primera hora versus a inicio tardío

Un bebé que recibe leche materna en la primera hora de vida tiene hasta 3 veces más posibilidades de sobrevivir que un bebé que recibe leche materna un día después de su nacimiento.⁽¹²⁾

Posturas para amamantar

Una postura adecuada para amamantar indica que la madre debe apoyar la espalda de modo adecuado y apoyar los pies en el suelo (es válido el uso de almohadas o reposapiés para mayor comodidad) y siempre llevar el lactante al pecho y nunca viceversa. Debe mantener al lactante pegado a su cuerpo y sujetarle la espalda y la cabeza, mientras cuida que ésta se encuentre bien alineada con el cuello, que la nariz esté a la altura del pezón y que la boca este bien abierta, tanto para el agarre como durante la toma (barbilla hacia el pecho).⁽¹³⁾

Relactación

La relactación es el proceso por el cual una mujer que ha dado a luz pero que no amamantó inicialmente es estimulada a lactar. Esto también puede aplicarse a una madre que puede haber amamantado inicialmente a su bebé, destetarlo o interrumpir la lactancia directa por alguna circunstancia y luego optar por la lactancia de nuevo.⁽¹⁴⁾ Aunque se han desarrollado muchos dispositivos mecánicos desde la época romana para aumentar la lactancia y brindar otras oportunidades de alimentación, los dispositivos complementarios de la lactancia proporcionan una capacidad única para alimentar adecuadamente a un bebé mientras es amamantado. La succión del bebé estimu-

la la producción de leche materna de las madres; por otro lado, el bebé continúa alimentado al seno porque hay leche disponible. Los dispositivos han sido diseñados cuidadosamente para proporcionar una fuente de leche que se obtiene por succión, no por gravedad. El canal del tubo capilar de un relactador por el que fluye la leche se puede colocar a lo largo del pezón humano sin interferir con la succión, sin embargo, el costo puede llegar a ser elevado.⁽¹⁴⁾

Éste es un recurso utilizado en el Centro Estatal de Atención para Labio y Paladar Hendido de Aguascalientes, México (CEALPHA) en aquellos casos en los que la lactancia materna de forma directa ha sido la opción adoptada por el binomio materno infantil y que por circunstancias quirúrgicas interrumpen esta forma de alimentación, con el objetivo de reforzar el impacto en el vínculo emocional del binomio, el desarrollo psicomotor y en la salud del paciente.⁽¹⁵⁾

Alimentación Complementaria

La lactancia materna exclusiva no es suficiente después de los 6 meses, por lo que se debe de iniciar la alimentación complementaria asegurando un mayor aporte de energía, y algunos nutrientes como proteína, hierro (11 mg /día entre 7 y 12 meses de edad), zinc, calcio, selenio, vitamina A, D, E, C y algunas del complejo B.

A partir de los 4 meses de edad el niño ya tiene la suficiente madurez neurológica para realizar la deglución de papillas, madurez gastrointestinal para digerir todos los nutrientes y madurez renal para filtración glomerular.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Es evidente que la introducción de alimentos potencialmente alergénicos se debe realizar antes de los 12 meses de edad, investigaciones recientes demostraron que la introducción de alimen-

tos como: maní, huevo, soya, pescado y trigo de forma temprana (entre 4 y 11 meses de edad) versus la introducción tardía (mayor de 12 meses) disminuye el riesgo de alergia a los mismos.⁽¹⁹⁻²³⁾

Al iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses no se observará una ganancia de peso relevante para el bebé versus iniciar a los 6 meses, sin embargo, se puede comenzar entre las semanas 17 y 26 de edad de acuerdo con la capacidad del lactante para recibirla con la debida introducción de todos los grupos de alimentos, incluyendo aquellos potencialmente alergénicos asegurando un adecuado crecimiento y desarrollo para los primeros dos años.⁽²³⁾

Resumen de la historia clínica

Masculino de 1 año 4 meses referido al CEALPHA a la edad de 1 mes 24 días con diagnóstico de fisura labio alveolar unilateral izquierda incompleta.

Entre sus antecedentes familiares importantes destacan madre de 24 años y padre de 26 años al momento de la concepción, ambos padres aparentemente sanos, sin embargo, madre refiere haber sido fumadora pasiva durante el embarazo.

Es producto de la segunda gestación, embarazo de 39 semanas, la madre refiere que inició el control médico del embarazo, ingesta de ácido fólico y suplementos hasta el tercer mes de embarazo, presentando amenaza de aborto a los 4 meses de gestación y obtenido por cesárea, con registro de peso al nacer de 2,890 g y talla de 49 cm, calificación de Apgar fue 9, sin reporte de complicaciones.

Como antecedentes relevantes para el reporte de este caso destaca que durante el puerperio inmediato no se permitió el contacto piel con piel entre el binomio, la madre no recibió orientación

sobre lactancia materna al nacimiento y el primer alimento recibido fue fórmula de inicio con mamila para recién nacido sano.

Al día siguiente se da alta al binomio y se le pide a la madre alimentarlo al seno materno con la posición “de caballito” y “complementar” con 1 ½ onzas de fórmula de inicio; la madre refiere que al llegar a casa alimenta en posición “de caballito” y observa un adecuado enganche al seno materno y rechazo al biberón después de ofrecer el seno directo, adoptando esta técnica de alimentación a partir de ese momento y al mes de edad aproximadamente ingresa al CEALPHA, en donde se le ofrece atención interdisciplinaria en las áreas de ortopedia pre quirúrgica, nutrición, estimulación temprana, y psicología.

Metodología

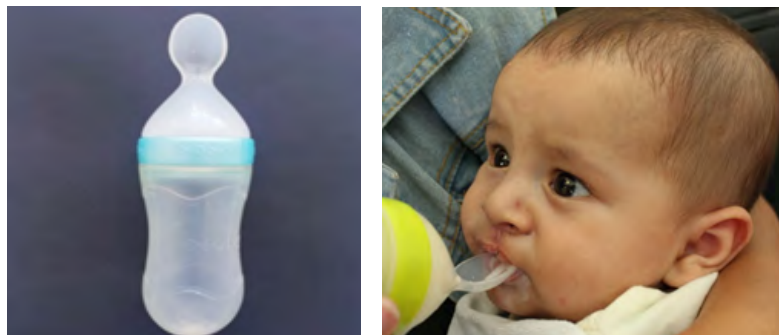
Servicio de Nutrición

Al ingreso al servicio de nutrición se aplica la escala LATCH con resultado de “9” por la necesidad de repetir los intentos para coger el pecho, sin embargo, una vez realizado se observó un adecuado agarre, posicionamiento y transferencia de leche por un patrón visible de succión no nutritiva al principio, para después observar succión nutritiva rítmica de forma continua, la madre por sí sola es capaz de mantener al niño colocado en el pecho. Al terminar se observa el pezón evertido tras la estimulación y mamas blandas, sin referencia de dolor ni complicaciones en la lactancia. A partir de ese momento el nutriólogo indica una suplementación de 400 UI de Vitamina D.

Durante las citas subsecuentes se continuó evaluando la escala de LATCH obteniendo un valor de 10 hasta la edad de 4.2 meses.

Se inicia con protocolo de alimentación perioperatoria 15 días antes del procedimiento quirúrgico de cierre labial, mediante extracciones de leche materna y suministro mediante biberón cuchara (Imagen 1).

Imagen 1. Alimentación con biberón cuchara



Las extracciones de leche materna se realizaron con un extractor manual de leche como el que se muestra en la **imagen 2**

Imagen 2. Extractor manual



Los valores antropométricos del paciente por puntaje z de la OMS presentaron referencias

entre 1 y -1 D.E. en todo momento, sin ganancia de peso desde los 4.2 hasta los 5.4 meses de edad, pero los valores nunca descendieron de -1D.E., para entonces el paciente ya presentaba sostén cefálico y había desaparecido el reflejo de extrusión lingual y de acuerdo con la Sociedad Europea de Hepatología, Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) se reunían los parámetros de iniciar la alimentación complementaria, por lo que se evaluaron las condiciones de sanidad doméstica, determinando la viabilidad de iniciar con ese importante proceso de alimentación a la edad de 5.4 meses.

En la siguiente tabla se muestra la cronología de los puntajes Z en las consultas de control nutricional en la tabla. (Tabla 1).

Tabla 1. Cronología de puntaje z

Fecha de visita	Peso (kg)	Longitud (cm)	Edad	Edad (meses)	P/T Z	T/E Z	P/E Z	IMC/E Z	PC (cm)	PCZ
01/15/2019	6.16	61	0a 3m	3.3	-0.2	-0.66	-0.61	-0.32	40.7	-0.2
02/12/19	6.89	63	0a 4m	4.2	0.2	-0.7	-0.33	0.11	42	0.08
03/06/19	6.8	64	0a 4m	4.9	-0.4	-0.9	-0.89	-0.49	42	-0.46
03/19/2019 INICIA AC	6.8	65	0a 5m	5.4	-0.82	-0.78	-1.12	-0.89	43	0.08
04/08/19 RELACTANCIA	6.91	66	0a 6m	6	-1.02	-0.82	-1.29	-1.09	43	-0.32
05/14/2019	7.52	68	0a 7m	7.2	-0.71	-0.71	-0.99	-0.77	44	-0.11

Una vez cumplido el plazo indicado de lactancia indirecta por cuidados post quirúrgicos y ya habiendo iniciado la alimentación complementaria, se intenta regresar al seno materno después de 8 semanas, sin embargo, al no contar con un suplementador ni material para realizarlo, se decidió utilizar una jeringa monoject 412 punta roma para irrigación con capacidad de 12 ml tal como se describe en el siguiente protocolo.

Protocolo de técnica monoject como suplementador:

1. Lavado y aclarado de jeringa Monoject
2. Preparación de la madre para la estimulación de eyección de la leche materna, de forma similar como si se hiciera para una extracción:

Asegurar la comodidad de la madre en un lugar tranquilo, privado y cálido con el equipo limpio y listo, lavado de manos y ejercicios de relajación y respiraciones profundas y rítmicas, Se le solicitó a la madre estimular la bajada de leche, realizando los tres ejercicios para estimular el reflejo de eyección (Tabla 2).⁽¹³⁾

Tabla 2. Pasos para estimulación

<i>Pasos para estimular el reflejo de eyección</i>	
1. Masajear	Se debe realizar una firme presión en el pecho con la yema de los dedos contra la pared del tórax usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto sin deslizarlos sobre la piel. Se puede comenzar desde la parte de arriba, hacer el movimiento en espiral alrededor del seno hacia la aréola a medida que se masajea. El movimiento es similar al usado en la exploración de senos.
2. Acariciar	Se debe acariciar el área del pecho desde arriba hacia el pezón usando la yema de los dedos mediante un contacto ligero de cosquilleo y continuar con este movimiento desde la periferia hacia el pezón alrededor de todo el pecho.
3. Sacudir	Sacudir de forma suave cada pecho con una inclinación hacia delante.

3. Colocar el extractor sobre el pecho
4. Se solicitó a la madre que comenzara realizara tracciones cortas y rápidas imitando la succión no nutritiva del lactante
5. Al observar la salida de leche, se pidió a la madre cambiar a extracciones largas y uniformes imitando la succión nutritiva.
6. Llenar la jeringa monojet con leche materna.
7. Tocar la base del pezón con la punta de la jeringa monojet de tal forma que el orificio de salida de la jeringa quede a la altura de la punta del pezón
8. Asegurar que el lactante se encuentre tranquilo y cooperador, que no muestre señales muy evidentes de hambre para colocarlo al seno directo.

En la imagen 3 podemos observar la primera vez que se ofreció el seno directo (sin la jeringa monoject) estimulando nariz y boca con un poco de leche para promover un enganche profundo sin embargo no se obtuvo una buena respuesta pues el lactante se encontraba acostumbrado a recibir el alimento sin succión, dicho proceso causado por el uso del biberón cuchara durante 8 semanas.

Imagen 3. Rechazo al seno materno directo



Al obtener una respuesta negativa se procedió a tocar la base del pezón con la punta de la jeringa monoject 412 punta roma, tal como se describió en el paso 7 , comenzando a ofrecer leche materna en pequeñas cantidades de aproximadamente 2-3 ml cada 3-5 segundos para estimular el enganche al pecho (imagen 4).

Imagen 4. Jeringa monoject como suplementador



Servicio de Psicología Norma Elena Méndez Navarrete

El paciente pertenece a una familia integrada y funcional en la que la relación de los padres es buena, basada en el amor, respeto y comunicación, sin embargo la madre refirió haberse enterado del diagnóstico del niño al momento del nacimiento, por lo que cayó en estado de angustia, presentando en las primeras semanas pensamien-

tos irracionales y catastróficos y aunque por el deseo de sacar adelante a su hijo logró superarlos, antes y después de la cirugía, mostró indicadores de estrés agudo y ansiedad, lo que según refirió la madre, provocó la disminución de la producción de leche de manera de forma considerable.⁽⁸⁾

Se continuó con acompañamiento y terapia de relajación progresiva, haciendo resignificación de pensamientos, logrando con ello que la madre mejorara su estado emocional, refiriéndose a sí

misma como una mujer fuerte y capaz, no sólo con su hijo, sino también ante las adversidades que se le presentaron, agradecida consigo misma por haber sido capaz de atender a su niño, sin desatender a su hija mayor y asumiendo los logros alcanzados como propios, lo cual le generó un sentimiento de orgullo.⁽²⁴⁻²⁷⁾

Resultados

Se logró realizar el enganche al seno directo, observándose la presión negativa ejercida por la succión del bebé, se evidenció la extracción de leche de la jeringa al mostrarse la disminución de volumen y retirarla sutilmente del seno materno, hasta lograr un prendimiento continuo al pecho de la madre, regresando a la lactancia cómo lo hacía hace 8 semanas. Este proceso llevo alrededor de 10 minutos (imagen 5).

La jeringa monoject se utilizó a un volumen en el que Geddes DT reporta que es el que recibe un lactante al iniciar el vacío al pecho: 23.6 ± 14.8 ml/minuto, lo cual estimuló la succión nutritiva del lactante al momento de regresarlo al seno directo.^(8,20)

Imagen 5. Regreso al seno materno



Relactancia

A continuación se presenta un ejemplo de suplementador comercial (imagen 6), el cuál fue sustituido por la jeringa monoject (imagen 7) para lograr la relactancia.

Imagen 6 Suplementador comercial

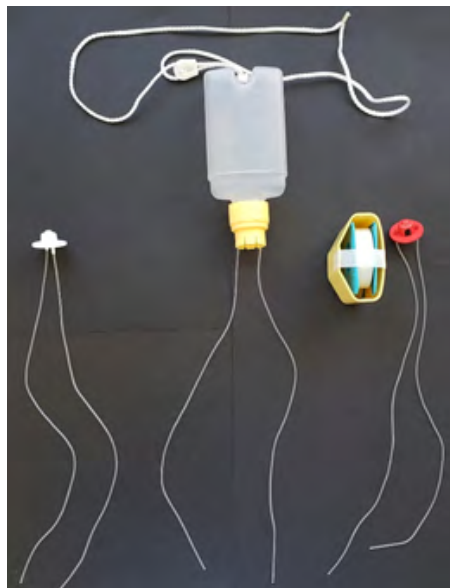


Imagen 7 Jeringa monoject



Actualmente, a la edad de 1 año 4 meses, la paciente continua con lactancia materna directa y alimentación complementaria (todos los alérgenos se introdujeron de forma gradual entre los 6 y 11 meses de edad), encontrándose con peso y talla normal por los siguientes puntajes z en antropometría (Tabla 3):

Tabla 3. Valoración antropométrica después del año

Fecha de visita	P (kg)	L/T (cm)	Edad	Edad (meses)	PTZ	ZT/E	ZP/E	ZIM-C/E	PC (cm)	PCZ
26/02/2020	9.9	81	1a 4m	16.7	-0.87	0.01	-0.68	-0.97	47.7	0.42

En la última cita el paciente se alimentó sin problema alguno de su madre obteniendo un puntaje de 10 en la escala de LATCH (imagen 8).

Imagen 8. Alimentación



Discusión

El paciente no tuvo la fortuna de realizar un apego inmediato, sin embargo, existe un ensayo clínico aleatorizado que indica que no hay diferencia significativa en las tasas de lactancia materna exclusiva a los 4 meses, entre los lactantes que inician la lactancia materna durante el parto y los que no.

La evidencia sobre los beneficios en iniciar la lactancia materna lo más temprano posible es mucho más sólida.⁽¹³⁾

Fisiología de la Succión del lactante

La capacidad de generar succión en el paciente se crea cuando los labios se juntan en la cavidad oral anterior mientras que el paladar blando íntegro sella la cavidad bucal posterior.⁽¹⁴⁾

Existe evidencia sólida que indica que el vacío es un factor crítico en la remoción de la leche del pecho. Estudios por ultrasonido submentio-

nano y medición de vacío intraorales registran que la presión negativa es necesaria para extraer la leche, está completamente demostrado que los senos lactíferos no existen en las glándulas mamarias, si no que los ductos lactíferos son pequeños (2 mm), por lo que no existe una rama cerca del pezón que almacene grandes volúmenes de leche pues las extracciones se realizan por la presión negativa ejercida en todo el sistema ductal.

El momento dónde se ejerce el mayor vacío para la extracción de la leche en la cavidad oral es cuando la lengua llega a su punto más inferior pues se observa una expansión del pezón y un aumento en la intensidad de la presión negativa, sin embargo, el vacío nunca se rompe una vez iniciada la mamada. Lo anterior explica porque el paciente no tuvo problemas para alimentarse al seno directo pues al tener solamente fisura labio alveolar no presenta alteraciones en la mecánica de la succión descrita por Geddes DT y Sklidis V.S. en niños sanos, además Burca *et al.*, describe que la succión en niños con LH generalmente no se ve afectada para mantener la lactancia materna directa.^(2,28,29)

Alimentador Biberon Cuchara

En un estudio comparativo, dos Santos *et al.*, encontraron que en la alimentación con cuchara de forma postoperatoria el escape de alimento fue menor que con una taza, registrando mayor volumen administrado y la tos fue menos frecuente.⁽³⁰⁾

En una revisión sistemática de 1990 a 2015, Duarte *et al.*, encontraron que el mejor alimentador preoperatorio fue el “paladai”, alimentador comunmente usado en la India y para alimentación postoperatoria el estudio comparativo más reciente de Augsornwan *et al.*, encontraron que no hay diferencia en dehiscencia quirúrgica entre metodos de alimentación post operatorios que involucran y no involucran succión, sin embargo sigue siendo un tema controversial. En el caso de este reporte, el servicio de cirugía decidió utilizar un metodo sin succión por antecedente de pérdida prematura de un punto de sutura al día 2 después de la cirugía.⁽³¹⁾

Extracciones de leche materna

Está demostrado que los extractores de leche manuales pueden ser igualmente efectivos en relación con el volumen obtenido una vez que la producción de leche está establecida, sin embargo, el trabajo es mucho más arduo para la madre con un extractor manual pues cada extracción es un proceso que puede tardar hasta 30 minutos, sin embargo, los registros de la madre en el caso de este reporte fueron de 6 a 8 extracciones al día.⁽¹³⁾

Conclusión

El uso de la jeringa Monoject descrita en este caso es una opción de bajo costo como suple-

mentador para estimular la succión nutritiva de un paciente con labio hendido o fisura labio alveolar en el que el manejo quirúrgico involucre un cuidado postoperatorio sin succión inmediata al seno materno permitiendo continuar la lactancia materna directa promoviendo las adecuadas prácticas de alimentación junto a una correcta alimentación complementaria asegurando un sano crecimiento y desarrollo.

Consideraciones Éticas

Todo el proceso de evaluación y registro del caso clínico que aquí se reporta, se realizó con el consentimiento informado escrito y firmado por la madre del paciente y bajo los principios de confidencialidad, resguardo y protección de datos personales y sensibles, incluyendo su disposición para la publicación de este. Así mismo todos los autores declaran haberse apegado a los principios y lineamientos de derechos del paciente durante su interacción profesional.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. **Pons-Bonals A, Pons-Bonals L, Hidalgo-Martínez SM, Sosa-Ferreira CF.** Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. *Boletín médico del Hospital Infantil de México.* 2017;74(2):107–21. doi: 10.1016/j.bmhmx.2016.11.008
2. **Burca NDL, Gephart SM, Miller C, Cote C.** Promoting Breast Milk Nutrition in Infants With Cleft Lip and/or Palate. *Adv Neonatal Care.* 2016;16(5):337–44. doi: 10.1097/ANC.0000000000000305
3. **Grayson BH, Santiago PE, Brecht LE, Cutting CB.** Presurgical nasoalveolar molding in infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 1999;36(6):486–98. doi: 10.1597/1545-1569_1999_036_0486_pnmiiw_2.3.co_2
4. **Chavarriaga J, González M.** Prevalencia de labio y paladar hendido: aspectos generales que se deben conocer. *Revisión bibliográfica. Rev Nal Odo UCC.* 2010;6(11):70–81.
5. **González-Osorio CA, Medina-Solís CE, Pontigo-Loyola AP, Casanova-Rosado JF, Escoffié-Ramírez M, Corona-Tabares MG, et al.** Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido y factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. *Anales de Pediatría.* 2011;74(6):377–87. doi: 10.1016/j.anpedi.2011.01.011
6. **Mena-Olalde J, González-Díaz I, Venegas-Gómez T, González-Díaz V, Medina-Aguilar 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 iberolatinoam.* 2017;43(1):5.
7. **Palomino Z H, Guzmán A E, Blanco C. R.** Recurrencia familiar de labio leporino con o sin fisura velopalatina de origen no sindrómico en poblaciones de Chile. *Revista médica de Chile.* 2000;128(3):286–93. doi: 10.4067/S0034-98872000000300006
8. **McLeod NMH, Urioste MLA, Saeed NR.** Birth prevalence of cleft lip and palate in Sucre, Bolivia. *Cleft Palate Craniofac J.* 2004;41(2):195–8. doi: 10.1597/02-116
9. **Lessen R, Kavanagh K.** Position of the academy of nutrition and dietetics: promoting and supporting breastfeeding. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115(3):444–9. doi: 10.1016/j.jand.2014.12.014
10. **World Health Organization.** The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of the expert consultation. Switzerland; 2001 p. 6.
11. **Holmes AV.** Establishing successful breastfeeding in the newborn period. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(1):147–68. doi: 10.1016/j.pcl.2012.09.013
12. **Manson F, Rawe K, Wright S.** Superfood for Babies: How Overcoming Barriers to Breastfeeding Will Save Children's Lives. *Save the Children;* 2013 p. 75.
13. **Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna.** Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA; 2017 p. 316.
14. **Lawrence RA, Lawrence RM.** Breastfeeding: a guide for the medical profession. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
15. **Pinto L F.** Apego y lactancia natural. *Revista chilena de pediatría.* 2007; 78:96–102. doi: 10.4067/S0370-41062007000600008
16. **WHO child growth standards.** Geneva: World Health Organization; 2006.
17. **Otten J, Hellwing JP, Meyers LD.** Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements. United States of America: The National Academies Press; 2006.
18. **Organización Mundial de la Salud.** La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C: Organización Mundial de la Salud; 2010.
19. **Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Bahnson HT, Radulovic S, Santos AF, et al.** Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *N Engl J Med.* F2015;372(9):803–13. doi: 10.1056/NEJMoa1414850

20. **Koplin JJ, Osborne NJ, Wake M, Martin PE, Gurrin LC, Robinson MN, et al.** Can early introduction of egg prevent egg allergy in infants? A population-based study. *J Allergy Clin Immunol.* 2010;126(4):807–13. doi: 10.1016/j.jaci.2010.07.028
21. **Perkin MR, Logan K, Tseng A, Raji B, Ayis S, Peacock J, et al.** Randomized Trial of Introduction of Allergenic Foods in Breast-Fed Infants. *New England Journal of Medicine.* 2016;374(18):1733–43. doi: 10.1056/NEJMoa1514210
22. **Smith HA, Becker GE.** Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(8):CD006462. doi: 10.1002/14651858.CD006462.pub4
23. **Du Toit G du, Tsakok T, Lack S, Lack G.** Prevention of food allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 2016;137(4):998–1010. doi: 10.1016/j.jaci.2016.02.005
24. **Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al.** Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(1):119–32. doi: 10.1097/MPG.0000000000001454
25. **Clark DA, Beck, A.** Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. *Ciencia y práctica.* Estados Unidos: Desklée De Brouwer; 2010. 929 p.
26. **Bados A.** Trastorno de ansiedad generalizada. Barcelona.: Universitat de Barcelona; 2005. 77 p.
27. **Lecannelier F, Zamora, C.** Manual Escala de Apego durante el Stress. Chile: Universidad del Desarrollo; 2013.
28. **Sakalidis VS, Geddes DT.** Suck-Swallow-Breathe Dynamics in Breastfed Infants. *J Hum Lact.* 2016;32(2):201–11. doi: 10.1177/0890334415601093
29. **Geddes DT, Kent JC, Mitoulas LR, Hartmann PE.** Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. *Early Hum Dev.* 2008;84(7):471–7. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2007.12.008
30. **Trettene A dos S, Mondini CC da SD, Marques IL.** [Feeding children in the immediate perioperative period after palatoplasty: a comparison between techniques using a cup and a spoon]. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(6):1298–304. doi: 10.1590/S0080-62342013000600007
31. **Duarte GA, Ramos RB, Cardoso MC de AF.** Feeding methods for children with cleft lip and/or palate: a systematic review. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.* 2016;82(5):602–9. doi: 10.1016/j.bjorl.2015.10.020